

**Francini Lube Guizardi
Evelyn de Britto Dutra
Maria Fabiana Damásio Passos**

ORGANIZADORAS

Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

EM MAR ABERTO

**Colaboração e Mediações
Tecnológicas na Educação
Permanente em Saúde**

editora



redeunida

Francini Lube Guizardi
Evelyn de Britto Dutra
Maria Fabiana Damásio Passos
ORGANIZADORAS

Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

EM MAR ABERTO

**Colaboração e Mediações
Tecnológicas na Educação
Permanente em Saúde**

1ª Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ángel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha. **Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália. **Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália. **Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha. **Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América. **Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. **Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. **Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil. **Héider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil. **João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. **Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil. **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil. **Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra. **Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina. **Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. **Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil. **Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil. **Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil. **Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil. **Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil. **Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil. **Rossana Staeve Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil. **Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil. **Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil. **Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil. **Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil. **Vera Maria da Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Série

Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

A série é composta por publicações autorais e coletâneas que abordam experiências, pesquisas empíricas, teóricas e discussões epistemológicas sobre mediações tecnológicas de processos educacionais que expressem os princípios da educação permanente em saúde. A ênfase é a produção e sistematização de conhecimentos sobre o encontro entre a educação e o trabalho na saúde, com destaque para os aspectos do cotidiano do ensino e da aprendizagem, que sejam desenvolvidos a partir de concepções sobre o papel da colaboração multiprofissional, a construção da integralidade na atenção à saúde, a produção crítica sobre teorias de ensino aprendizagem, a aprendizagem colaborativa e os desafios do trabalho docente nas instituições de ensino e nos serviços.

A coordenação editorial da série é realizada por:

Francini Lube Guizardi, Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Maria Fabiana Damásio Passos.

Consultores

Caroline Zamboni de Souza - Caixa de Assistência do Banco do Brasil, Brasil;
Cláudia Brandão Gonçalves Silva - Universidade de Brasília, Brasil;
Gleice Assunção da Silva - Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil;
Helena Célia de Souza Sacerdote - Universidade de Brasília, Brasil;
Jeane Felix da Silva - Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
José Rodrigues Freire Filho - Universidade de São Paulo, Brasil;
Laura Gris Mota – Universidade de Brasília, Brasil;
Luana Pinho de Mesquita Lago - Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Raquel Pilar Steyer - Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil;
Mônica Martins de Oliveira Viana - Instituto de Saúde de São Paulo, Brasil;
Olga Maria Pimentel Jacobina - Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal, Brasil;
Vera Lucia Ferreira Mendes - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil;
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho – Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil;
Wilsa Maria Ramos – Universidade de Brasília, Brasil;
Wilton Nascimento Figueredo - Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Johann Heyss

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

G969m Guizardi, Francini Lube (org.).

Em Mar Aberto: Colaboração e Mediações Tecnológicas na Educação Permanente em Saúde / Organizadores: Francini Lube Guizardi, Evelyn de Brito Dutra e Maria Fabiana Damásio Passos. – 1. ed. – Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

220 p. il.; tabs. (Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde)
E-book: 3.19 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-87180-26-7

DOI: 10.18310/9786587180267

1. Formação em Saúde. 2. Metodologias de Ensino. 3. Pesquisa em Saúde. 4. Tecnologias de Ensino.

I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 610:344.041

CDU 61:371.133

20-30180021

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Prática pedagógica; Pessoal médico e suas atividades; Tecnologia.
2. Medicina: Prática de ensino; Tecnologia.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

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

www.redeunida.org.br



Sumário

APRESENTAÇÃO	9
<i>Francini Lube Guizardi, Evelyn de Britto Dutra, Maria Fabiana Damásio Passos</i>	
DESAFIOS DA COLABORAÇÃO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	13
<i>Argus Tenório Pinto de Oliveira, Francini Lube Guizardi, Evelyn de Britto Dutra</i>	
DISPOSITIVOS DE COLABORAÇÃO E EPS NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS DO SUS.....	35
<i>Caroline Zamboni de Souza, Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira</i>	
EDUCAÇÃO PERMANENTE MEDIADA POR TECNOLOGIA EDUCACIONAL: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	75
<i>Carine Vendruscolo, Letícia de Lima Trindade, Carise Fernanda Schneider, Mônica Ludwig Weber, Elis Roberta Monteiro</i>	
GAMIFICAÇÃO NO ENSINO ON-LINE DIRECIONADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	104
<i>Gleice Assunção da Silva</i>	
SABERES NECESSÁRIOS À GESTÃO DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PERCEPÇÕES ADVINDAS DE UMA COMUNIDADE VIRTUAL DE PRÁTICAS	146
<i>Gleice Assunção da Silva, Diego Anselmi Pires</i>	
TRABALHO EM EQUIPE PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NA SAÚDE.....	183
<i>Evelyn de Britto Dutra, Ana Sílvia Pavani Lemos, Francini Lube Guizardi</i>	
APÊNDICE	211
SOBRE OS AUTORES.....	216

Apresentação

A coletânea que aqui apresentamos é fruto do percurso de pesquisa do Laboratório de educação, mediações tecnológicas e transdisciplinaridade em saúde (LEMTES) da Fiocruz Brasília. Logo após sua constituição, em 2015, o grupo iniciou uma parceria com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/SEGTES/MS), da qual resultou o projeto “Avaliação e Prospecção de Tecnologias WEB para a Educação Permanente em Saúde”¹, organizado com a intenção de mapear e analisar experiências e metodologias de educação na saúde mediadas por tecnologias digitais, de modo a apoiar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e fomentar práticas educacionais colaborativas no SUS.

Ao longo dos 15 últimos anos, a trajetória da PNEPS tem exposto um conjunto de questões atinentes à operacionalização de suas referências conceituais, principalmente no que diz respeito à concepção e à metodologia das ações, bem como à capacidade destas de gerar movimentos e intervenções colaborativos e participativos, que incidam nos processos de trabalho em saúde. Por outro lado, a ampliação do acesso às tecnologias digitais de informação e comunicação tem alargado o horizonte de possibilidades no campo educacional. A educação e as diversas áreas que utilizam tecnologias virtuais como ferramenta pedagógica têm fomentado uma ampla discussão sobre suas possibilidades e desafios, bem como sobre o compartilhamento de experiências que se realizaram utilizando, de alguma forma, tais mecanismos para processos a distância ou semipresenciais. De modo geral, essas tecnologias ganham cada vez mais espaço e são percebidas como instrumento potencializador dos processos de formação, o que foi intensificado com a pandemia de Covid 19, que marcou o ano de 2020. No contexto de um país de dimensões continentais como o Brasil, em um cenário de emergência sanitária, o emprego destas tecnologias no desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores do SUS revela-se não apenas útil, mas imprescindível.

Reconhecendo a necessidade de avançar nessa direção, os estudos que integram o livro buscam ampliar o conhecimento sobre o potencial das

¹ Projeto formalizado no Termo de Execução Descentralizada 163, de 2015, com financiamento do Ministério da Saúde.

tecnologias digitais, com foco em processos e práticas colaborativos. Eles foram selecionados a partir de uma chamada pública² voltada para manuscritos sobre o estado da arte das experiências nacionais e internacionais relacionadas à educação online para profissionais da saúde em suas diversas modalidades. Dessa forma, a coletânea, que também apresenta os resultados de pesquisa do referido projeto, almejou oferecer ao leitor conhecimentos sistematizados sobre tais experiências na perspectiva de identificar estratégias inovadoras, ferramentas e metodologias pedagógicas que possibilitaram maior colaboração, flexibilização e autonomia nos processos de ensino e aprendizagem no campo da saúde.

O livro se inicia com um capítulo intitulado “Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde”, de Argus Tenório Pinto de Oliveira, Francini Lube Guizardi e Evelyn de Britto Dutra. Os autores discutem a colaboração no trabalho em equipe, a partir de uma revisão de literatura, e sistematizam em quatro dimensões as questões identificadas, abordando a formação profissional, as relações intersubjetivas e as implicações organizacionais e estruturais dos problemas mapeados.

Em seguida, Caroline Zamboni de Souza e Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira apresentam uma reflexão sobre dispositivos de colaboração *on-line* agenciados como estratégias de EPS no SUS, no âmbito da Comunidade de Práticas da Atenção Básica. Focam, especificamente, em duas experiências desenvolvidas no período de 2015 a 2018, que foram os editais InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde e PET Saúde/GraduaSUS. Relatando uma cartografia desses processos, o texto promove um rico debate conceitual que problematiza, a partir da perspectiva do desenvolvimento humano, as potencialidades e contradições que permeiam a intenção de fortalecer uma cultura de colaboração coerente com os princípios da EPS.

O terceiro capítulo, de Carine Vendruscolo, Leticia de Lima Trindade, Carise Fernanda Schneider, Mônica Ludwig Weber e Elis Roberta Monteiro chama-se Educação Permanente mediada por Tecnologia Educacional: relato da experiência do Mestrado Profissional em Enfermagem. A contribuição do texto para o debate proposto na coletânea destaca-se pela apresentação de uma experiência de EPS desenvolvida por meio do Telessaúde em Santa Catarina/SC. Desenhando um cenário da educação permanente em articulação direta com os

² Chamada para submissão de manuscritos N° 01/2020 Editora Rede Unida

processos de trabalho, o Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde” engendrou mudanças nas práticas, com base na construção colaborativa do conhecimento, frente a problemas cotidianos das equipes participantes.

O capítulo seguinte, de Gleice Assunção da Silva, apresenta uma revisão integrativa de literatura sobre experiências de gamificação no ensino on-line voltadas para qualificação de profissionais de saúde. A autora introduz conceitos centrais da relação entre jogos digitais e aprendizagem, e esclarece o significado da gamificação como estratégia educacional, discutindo seus componentes estruturantes. O estudo apresenta modelos e experiências de aplicação na EPS, e reflete sobre as barreiras encontradas, contribuindo com recomendações que ressaltam a importância das tecnologias colaborativas em ambientes e propostas de aprendizagem gamificados.

No quinto capítulo, Gleice Assunção da Silva e Diego Anselmi Pires compartilham um relato de experiência sobre a comunidade virtual de práticas “EPS em Movimento”. Os autores sistematizam uma reflexão sobre conhecimentos e práticas necessários para gestão de processos e atividades de EPS, com base na interação que vivenciaram com diferentes trabalhadores e gestores na referida plataforma on-line. Gestão pedagógica, sensibilidade, conhecimento pertinente, empatia, humanização ética, problematização e inovação são debatidos no texto como saberes requisitados para organização e condução destes processos.

Por fim, Evelyn de Britto Dutra, Ana Silvia Pavani Lemos e Francini Lube Guizardi analisam relatos de experiência da Comunidade de Práticas da Atenção Básica, com a intenção de compreender como as práticas e ferramentas colaborativas podem qualificar o trabalho interprofissional. Utilizam como referencial teórico o modelo 3C, composto por três dimensões necessárias à colaboração: comunicação, cooperação e coordenação. Trata-se de uma primeira aproximação desse repertório conceitual, situado no campo da administração, para a análise e compreensão dos desafios e possibilidades do trabalho em equipe na atenção primária à saúde.

Como podemos observar, os textos que compõem o livro propõem a reflexão crítica dos pressupostos teóricos e metodológicos subjacentes à operacionalização de iniciativas educacionais mediadas por tecnologias digitais, com foco na reflexão sobre a colaboração como elemento central de tais experiências. Tal ênfase decorre da

compreensão da necessária imbricação entre os temas citados, dada sua confluência no trabalho multiprofissional e na tecitura de redes de cuidado, por conseguinte, na construção da integralidade da atenção à saúde.

Aproveitamos o ensejo para agradecer a ampla rede de pesquisadores que nos apoiou na avaliação dos textos que compõem o livro, em um processo colaborativo que, com certeza, aprimorou substancialmente os manuscritos originais. Essa dinâmica, solidária e comprometida com a qualidade científica, por si só enuncia os horizontes e os princípios que nos guiaram na reflexão e na produção do conhecimento que aqui compartilhamos. Agradecemos também aos autores, que responderam com generosidade ao convite que fizemos, dividindo e, portanto, multiplicando seus conhecimentos e reflexões; assim como a todos os participantes do projeto, que traçaram conosco os percursos que nos trouxeram a essa produção coletiva. Sabemos que as dinâmicas colaborativas nos fortalecem e ampliam os horizontes cotidianos de nossas práticas, e por isso mesmo apostamos que aprofundar sua compreensão a partir de experiências engendradas em diferentes contextos, com distintas estratégias e sujeitos, pode contribuir para ofertar novas possibilidades de ação nesse processo permanente de tecitura da esperança em um mundo mais justo e solidário.

Francini Lube Guizardi
Evelyn de Britto Dutra
Maria Fabiana Damásio Passos

DESAFIOS DA COLABORAÇÃO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Argus Tenório Pinto de Oliveira
Francini Lube Guizardi
Evelyn de Britto Dutra

Introdução

O trabalho em saúde envolve interação entre diferentes profissionais da área interpelados por um objetivo em comum, no caso, a produção do cuidado segundo os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Inúmeras variáveis interferem na forma como tais relações se concretizam, dentre as quais se destacam as necessidades de saúde dos usuários e a organização dos serviços. A complexidade envolvida nos processos de cuidado em saúde revela a necessidade de articulação de modos de trabalho que fortaleçam uma dinâmica integrada e comunicativa (Costa et al, 2018).

A interprofissionalidade tem sido discutida como uma potencialidade no âmbito do trabalho em equipe na medida em que pode contribuir para superar a fragmentação e a individualização da atuação das categorias profissionais na busca pela integralidade da atenção (Freire Filho, 2014). O trabalho interprofissional é baseado na interação e comunicação entre os profissionais de diferentes áreas, numa perspectiva ampla e complexa, sendo influenciado pela finalidade, características e condições do trabalho em equipe. Além disso, o trabalho interprofissional varia de acordo com o nível de articulação e interdependência das ações, de interação dos sujeitos e de clareza dos papéis das áreas profissionais. Pode concretizar-se desde pequenos grupos de pessoas, quando o trabalho em equipe ocorre com alto grau de compartilhamento, até o trabalho em rede com um número maior de integrantes, caracterizado por grande flexibilidade (Pедуzzi et al, 2020). A interação entre os profissionais é, portanto, um fator fundamental da interprofissionalidade, diferentemente das condições requeridas para o trabalho multiprofissional, que não prevê, necessariamente, a colaboração (Barros, Spadacio, Costa, 2018).

A escolha do termo trabalho interprofissional nesse estudo deve-se à compreensão do formato de trabalho em equipe existente na saúde, que

estabelece uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de diferentes áreas profissionais em contexto de colaboração (Peduzzi, 2001). O conceito de trabalho em equipe e de prática interprofissional perpassam os mesmos fundamentos de interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade. A diferença é o escopo de atuação em rede; enquanto o primeiro não prevê o desempenho em toda rede de atenção à saúde, o segundo remete ao exercício efetivo da comunicação, articulação e colaboração entre diversos serviços e equipes da rede. Diz-se, assim, que o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional, traduzido pelo trabalho interprofissional (Peduzzi, Oliveira, Silva, Agreli & Miranda Neto, 2016).

Várias disciplinas têm-se dedicado ao estudo da colaboração, apropriando-se e transformando o conceito conforme suas respectivas características e configurações. Na educação, a colaboração aparece na aprendizagem colaborativa e suas variações como aprendizagem cooperativa e aprendizagem colaborativa mediada por computador (CSCL – *Computer Supported Collaborative Learning*). Na saúde, temos o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como prática colaborativa, para o que os profissionais são preparados quando da realização da educação interprofissional (EIP). No domínio da comunicação, a colaboração figura como inteligência coletiva, ao passo que na administração trabalha-se com a noção de sistemas colaborativos.

Na produção da saúde coletiva, a colaboração está vinculada a pelo menos três grandes processos, e suas respectivas variações: (1) trabalho em equipe, o que envolve equipe multiprofissional, trabalho interprofissional, interdisciplinaridade e remete à ação conjunta de diferentes profissionais e disciplinas em função da resolução de um problema de saúde; (2) intersetorialidade, que abarca a intrassetorialidade e implica na cooperação de vários setores para a promoção da saúde; e (3) organização reticular dos serviços de atenção à saúde, em que várias unidades operam em rede para executar um atendimento integral.

Apesar de não se originar no campo da saúde, a colaboração está presente na maneira como o sistema de saúde é pensado, realizado e vivido. Isto é, ela faz parte dos vários modelos de atenção à saúde que coexistem e compõem o SUS. Se por um lado a colaboração é utilizada como resposta a problemas concretos de saúde, influenciando a forma como os serviços e atores se organizam, por

outro lado permanece sendo necessário compreender quais são os problemas enfrentados em processos de produção de saúde que buscam promovê-la. Isto porque o conhecimento dos problemas que dificultam a concretização do trabalho interprofissional em saúde é condição para qualificar e aprimorar o SUS. Neste sentido, este estudo buscou mapeá-los com foco no papel da colaboração e da formação profissional em sua configuração e dinâmica.

Método

Foi realizada uma revisão de literatura a partir da questão de pesquisa “quais são os principais problemas relatados para a realização eficaz e resolutiva do trabalho interprofissional em saúde?”. Em seguida optou-se por realizar a busca de artigos no portal de periódicos da CAPES, em função do grande número de bases de dados que reúne, e pelo fato de viabilizar acesso aos textos integrais. Trabalho interprofissional e saúde foram utilizados como descritores e palavras chave. Os títulos e resumos foram lidos para seleção de textos que relatassem informações sobre a pergunta de pesquisa. Foram incluídos artigos completos, publicados nos últimos 5 anos, em português. Textos repetidos, incompletos, de acesso restrito e que não satisfaziam o formato de artigo não foram considerados, totalizando 16 artigos para análise em profundidade. Os dados foram coletados em agosto de 2017.

Quadro 1. Relação das publicações que compuseram o estudo, por ordem de relevância e conforme código, título, ano e revista

Código	Título	Ano	Revista
A001	Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde	2015	Interface
A002	Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva	2013	C&SC
A003	Apoios matricial e institucional: analisando suas construções	2015	C&SC
A004	O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da Saúde: a percepção de estudantes	2015	Interface
A005	Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica	2016	Interface
A006	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção	2013	Physis

A007	Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à saúde da família	2015	Interface
A008	A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação	2013	Interface
A009	Porque precisamos da educação interprofissional para o cuidado efetivo e seguro	2016	Interface
A010	A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe	2016	Interface
A011	Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde	2012	Ciências da Administração
A012	Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à Saúde	2016	Physis
A013	Educação Interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção dos tutores	2015	Interface
A014	O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais de saúde	2015	Interface
A015	Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde	2013	Interface
A016	Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil	2013	C&SC

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e um resumo dos problemas foi extraído para cada um deles. Em seguida, foram categorizados conforme as políticas vinculadas ao estudo/relato, ao tipo de estudo (revisão, estudo teórico, relato de experiência, entre outros), atores envolvidos e objetivos – explícitos ou implícitos. Esta categorização foi realizada em instrumento elaborado especificamente para este fim. A extração das informações foi realizada de maneira descritiva – quando o texto explicitava o problema vinculado ao trabalho interprofissional – e negativa – pela falta daquilo que, no cotidiano de trabalho, a colaboração adiciona ou promove. Desta forma, os problemas foram classificados e sistematizados no decorrer do processo de leitura e resenha, e não previamente.

Resultados

Conforme o instrumento elaborado para a categorização das publicações, estas são identificadas de acordo com os aspectos considerados relevantes para indicar a abrangência do estudo e, por conseguinte, o escopo de problemas. No

quadro 2 estão apresentados os objetivos de cada artigo, declarados no resumo ou inferidos por meio da leitura em profundidade do texto. São descritos, ademais, o tipo de estudo ou do método empregado, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados; os sujeitos envolvidos, quando aplicáveis; e o contexto da publicação, seja ele a política – *latu sensu* – a que está vinculada ou o contexto organizacional, em geral uma unidade/serviço de saúde.

Quadro 2. Relação das publicações que compuseram o estudo, por ordem de relevância e conforme código, objetivo, método/tipo de estudo, sujeitos e política/serviço vinculada

Cód.	Objetivo(s)	Método/Tipo de Estudo	Sujeitos	Política/Serviço Vinculado
A001	Analisar os desafios e as possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-Pet-Saúde	Qualitativo	Preceptores	Pró-PET-Saúde
A002	Analisar as concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação de cuidados paliativos em uma UTI adulta	Qualitativo; Exploratório-descritiva, entrevista	Profissionais de Saúde	Unidade Hospitalar, UTI
A003	Analisar a construção teórica e prática da metodológica do Apoio Matricial	Revisão de Apoio Paidéia, trabalho interprofissional e cuidado compartilhado	N/A	ESF
A004	Analisar a contribuição do programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde para a formação dos futuros profissionais de saúde	Qualitativo; dados secundários do instrumento de avaliação do programa	Estudantes das graduações em Saúde	PET-Saúde da família
A005	Relatar as vivências e experiências no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha, com ênfase na educação interprofissional e nas práticas colaborativas em saúde para a promoção do cuidado integral materno-infantil, bem como na contribuição dessas vivências durante o processo de formação em saúde.	Relato de experiência	N/A	PET-Saúde/Rede Cegonha

A006	Sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da ESF	Qualitativo; entrevistas e oficinas	Profissionais da ESF	ESF
A007	Analisar as contribuições do PET-Saúde/RAPS à Saúde	Qualitativo; entrevista	Profissionais de Saúde e Estudantes Bolsistas	PET-Saúde/RAPS
A008	Analisar a formação do profissional de educação física para inserção no NASF	Qualitativo; entrevista e grupo focal	Profissionais da ESF	ESF
A009	Defender a EIP como estratégia para garantia de atenção à saúde segura e eficaz	Revisão	N/A	EIP
A010	Analisar o potencial da narrativa para o desenvolvimento do trabalho em equipe, por meio da prática colaborativa	Qualitativo; entrevistas semiestruturadas	Estudantes de Graduação	Graduação
A011	Conhecer as concepções e a prática de trabalho em equipe multidisciplinar sob a ótica dos gestores e dos membros das equipes	Qualitativo	Profissionais de Saúde de Hospitais	Unidade Hospitalar
A012	Realizar uma revisão integrativa da produção nacional sobre a metodologia de Apoio Matricial	Revisão Integrativa	N/A	ESF
A013	Compreender como os docentes/tutores do PET-Saúde perceberam a EIP presente no PET-Saúde	Qualitativo	Docentes/tutores	PET-Saúde
A014	Apresentar um modelo avaliativo voltado para a indução de mudanças da formação dos profissionais da saúde em consonância com os princípios do SUS	Qualitativo; análise documental	N/A	PET-Saúde
A015	Sistematizar, analisar e estabelecer estratégias de acompanhamento dessa formação	Qualitativo; grupos focais e entrevistas semiestruturadas	Estudantes e professores de cursos de graduação da Saúde	Graduação
A016	Avaliar modos de morar de pessoas com transtorno mental grave	Qualitativo; observação participante	Moradores e cuidadores do SRT	SRT

Como mostra o quadro 2, a maior parte das publicações (9) apresenta “analisar” como pelo menos um de seus objetivos, que incluem, ademais, verbos como “sistematizar” (2), “relatar” (1), “conhecer” (1), “avaliar” (1) e compreender (1). Com relação ao tipo de estudo, a grande maioria (12) é composta por pesquisas qualitativas, seguidas de revisão (3) e relato de experiência (1).

As publicações que envolveram sujeitos incluíram profissionais de saúde (6), em contexto hospitalar (2), na Estratégia Saúde da Família (2), na Rede de Atenção Psicossocial (1) e que exerciam preceptoria (1); discentes de graduação da área da saúde (4); bem como os docentes destes cursos (2); e usuários (1). Com relação ao contexto, percebemos que os estudos estão majoritariamente vinculados à Educação Interprofissional (9), sejam a ações imediatamente vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação e de Educação pelo Trabalho em Saúde (Pró-PET-Saúde) (6) ou em contexto de formação de profissionais de nível superior (1) e até mesmo que tratam diretamente da Educação Interprofissional (EIP) (1).

Com a leitura de cada texto e extração dos problemas encontrados, verificou-se a necessidade de categorizá-los em função de uma tipologia própria, mas capaz de dialogar com a lógica já preestabelecida pelas fronteiras – ainda que difusas – de cada campo do saber. Desta forma, os problemas foram divididos em grandes conjuntos em função de sua “natureza”, muito embora não se possa atribuir grande parte deles exclusivamente a uma só categoria — isto é, não se pode considerá-los isoladamente, de modo que a divisão abaixo enunciada indica a predominância de um aspecto. São estes os conjuntos de problemas: formação, dimensão (inter)subjativa, organizacional e estrutural.

Problemas de formação são aqueles relacionados à formação profissional nos diversos cursos de graduação da área da saúde, à maneira como são estruturados e às lacunas e falhas atribuídas a eles. A dimensão (inter)subjativa reporta-se aos problemas associados a conhecimentos, habilidades e atitudes (Durand, 1998) e representações sociais (Moscovici, 1982), mas também compreende aspectos de comunicação e de relação entre atores. O que está sendo chamado de dimensão organizacional refere-se aos problemas relacionados à maneira como os processos de trabalho estão organizados pelos profissionais ou pela gestão imediata, bem como o que tange ao modelo de atenção que atravessa as práticas, além do contexto

organizacional – que inclui até mesmo o espaço físico e insumos. Por fim, foram considerados como problemas estruturais aqueles ligados à alta gestão do sistema, aos seus condicionantes jurídicos e determinantes mais amplos, que não estão ao alcance direto dos trabalhadores. Estes se diferem dos anteriores por se situarem fora da governabilidade dos profissionais. Trata-se de questões mais amplas, que “sobredeterminam” as relações interprofissionais e conseqüentemente a colaboração. O quadro abaixo exhibe a relação de textos que apresentam cada problemática.

Quadro 3. Relação de publicações que compuseram o estudo por problemática vinculada às relações interprofissionais

Problemática	Aspectos	Publicações
Formação profissional	Currículo; perfil de egresso; estruturação dos cursos	A001, A002, A003, A004, A006, A007, A008, A009
Intersubjetiva	Conhecimentos, habilidades e atitudes, representações sociais; dimensões comunicacional e relacional	A001, A002, A003, A004, A005, A006, A007, A008, A009, A010, A011, A012, A013, A015
Organizacional	Organização do processo de trabalho e modelo; infraestruturas e condições organizacionais	A001, A002, A003, A004, A005, A006, A007, A008, A009, A010, A011, A012, A013, A015, A016
Estrutural	Alta gestão; regulação do estado	A001, A006, A007, A009, A012, A013, A014, A016

Problemática da ordem da Formação

A partir de sua pesquisa qualitativa com estudantes de graduações da saúde sobre a preceptoria no Pro-Pet-Saúde, Madruga et al, (2015) trazem a “lógica disciplinar” como um nó crítico a ser superado, uma vez que gera espaços formadores desconectados da vida e do contexto social. Com frequência, essa lógica ocasiona a separação dos currículos entre ciclos básicos e instrumentalizantes, além de atribuir mais valor às especialidades em detrimento das humanidades e, conseqüentemente, formar um egresso com um “pensar e agir reducionista”.

As autoras também defendem que um dos desafios para as IES formarem profissionais de saúde com o perfil esperado nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001-2004, perfil que inclui o uso de metodologias de ensino-aprendizagem afeitas às necessidades de saúde e ao SUS, está na construção e operacionalização

de currículos que possibilitem o desenvolvimento de atividades de caráter interprofissional (Madruga et al, 2015).

Resultado e discussão semelhante foram encontrados em outras publicações. Através de uma pesquisa que buscou analisar e sistematizar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família tangencia-se entraves ao trabalho interprofissional atribuídos à formação profissional, como a negligência – na formação – com competências, habilidades e atitudes que são condição de existência para os “processos coletivos” (Ellery, Pontes & Loiola, 2013). O mesmo problema aparece em discussão sobre a educação interprofissional (Reeves, 2016) e no estudo empreendido por Lima e Rozendo (2015), à diferença de que, neste estudo, as autoras indicam os problemas de uma formação profissional técnico-curativa em que os egressos têm pouco entendimento do trabalho interprofissional e apresentam despreparo para trabalhar em grupo.

Entre os resultados de sua revisão sobre o Apoio Paidéia, Oliveira e Campos (2015) reportaram o problema de falta de instrumentos por parte dos profissionais para lidar com problemas de maior complexidade, o que o trabalho interprofissional, por natureza, tende a dirimir. Além disto, evidenciam a inadequação, já mencionada, dos currículos para o cuidado compartilhado, entendido como uma forma de trabalho interprofissional.

Soma-se a estes resultados a insuficiência da graduação de Educação Física na formação para o trabalho do profissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a qual foi apontada pelos próprios profissionais participantes da pesquisa (Falci & Belisário, 2013). Nesta publicação, o despreparo dos profissionais de Educação Física figura como razão para o seu desconhecimento sobre o serviço de saúde, sobre o seu papel e o papel do próprio sistema de saúde, o que é um dado para o entendimento do seu trabalho “isolado” na unidade estudada.

Já o estudo de Silva, Souza, Pedreira, Santos & Faustino (2013) com equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva, entre todos os problemas apontados, apresenta apenas o “despreparo” da equipe multiprofissional ao lidar com o paciente crítico terminal como um problema que se poderia atribuir à formação. Ao passo que Rézio, Moro, Marcon & Fortuna (2015) também são econômicos sobre a “escassez de trabalhadores qualificados”.

Problemática subjetiva

A quase totalidade das publicações referiu problemas de natureza subjetiva. Com frequência, eles mantêm interdependência com problemáticas organizacionais e estruturais, como veremos adiante na discussão. A partir da forma como os autores enunciaram os problemas identificados, organizamos os achados em 3 subcategorias que colaboram para processos de subjetivação. Adotamos como referência conceitual as proposições situadas no campo da esquizoanálise, que compreende os processos de subjetivação em uma perspectiva não identitária, poética, marcada pela multiplicidade que se constitui na produção da diferença. Nesse plano, a produção de subjetividade remete ao modo como matérias, discursos e práticas se compõem na produção de realidade social e, portanto, de determinados modos de existência (Guizardi et. al, 2014). A seguir, os desafios encontrados são mostrados conforme esta classificação.

Com diferentes níveis de detalhamento, as publicações apresentaram características que são condição de existência para colaboração no trabalho interprofissional, bem como características desejáveis para uma colaboração eficaz. A ausência destes atributos constitui entrave à colaboração interprofissional.

Em seu relato de experiência no PET-Saúde/Rede Cegonha, Forte et al, (2016) se baseiam nos marcos da OMS (2010) para argumentar em prol de atitudes e crenças que podem favorecer as relações entre profissionais, como, também, uma predisposição dos atores envolvidos a “saírem de suas zonas de conforto”, no que diz respeito às práticas e às fronteiras disciplinares. Ao invés disso, os profissionais demonstraram em seu estudo manter uma “visão disciplinar” e uma reduzida “visão de mundo, de nós mesmos”.

As autoras apresentaram a compreensão da aprendizagem e da prática interprofissional como resultantes da capacidade dos profissionais de estabelecerem um equilíbrio dinâmico entre a organização do que eles sabem e o que fazem. Não obstante, não realizaram o detalhamento destas habilidades e competências, sem as quais a relação interprofissional não acontece de modo eficaz. Do mesmo modo, uma pesquisa qualitativa feita com estudantes do PET-Saúde aponta para a falta de valorização do trabalho em equipe, da habilidade de reconhecer o papel de cada um na produção do cuidado integral (Madruga et al, 2015).

Estes apontamentos são semelhantes ao de outros textos deste estudo, de pesquisas com diferentes metodologias e tipos de atores. Elas apontam a desvalorização do saber de outros profissionais (Lima & Rozendo, 2015); o desafio à identidade profissional que a prática interprofissional impõe (Reeves, 2016); preconceitos entre profissionais e desconhecimento de papéis e funções, pelos profissionais e pela população (Camara, Grosseman & Pinho, 2015; Falci & Belisário, 2013). No caso dos profissionais de Educação Física há a ideia comum de que trabalham isoladamente (Idem).

Estes desafios relacionados a atitudes e representações dos profissionais por eles mesmos, pela gestão e pelos usuários vinculam-se a outros problemas, a exemplo da “falta de confiança” inter e multidisciplinar (Silva & Santos, 2012). Nesse sentido, uma publicação que buscou sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da ESF anuncia capacidades que poderiam dirimir os atritos atitudinais, a saber: necessárias capacidades de lidar com crises e mediar conflitos interpessoais; de lidar com situações novas; abertura para trabalhar em equipe; capacidade de diálogo e pactuação (Ellery et al, 2013).

Segundo as autoras, processos coletivos, como o são o trabalho interprofissional e a colaboração, carecem ainda da identificação dos profissionais com o modelo da ESF. Por sua vez, estudo que buscou analisar o potencial da narrativa para o desenvolvimento do trabalho em equipe lista detalhadamente uma série de competências necessárias e desejáveis à prática colaborativa: saber escutar; ser tolerante; saber ceder; estar aberto às opiniões dos demais profissionais; lidar com o sentimento de competição; saber lidar com diferenças pessoais e profissionais; respeito mútuo; valorização do interesse comum; compromisso na resolução de problemas; reconhecimento do outro como legítimo para construção de conhecimento (Oliveira, Batista N., Batista S., & Uchôa-Figueiredo, 2016).

Nessa lógica também figuram a capacidade de escuta, acolhimento e estabelecimento de vínculos, competência relacional e atitude de abertura para o diálogo e para o saber construído coletivamente, sem descartar o conhecimento nuclear de cada profissional (Castro & Campos, 2016), as habilidades pessoais e de pequenos grupos e “competências colaborativas” (Camara et al, 2015). Por fim, enfatiza-se a capacidade de problematizar as dimensões envolvidas nas

práticas de saúde e possibilitar a construção de um pensamento e agir profissional comprometido com a produção da vida. Um posicionamento que não seja reducionista e que considere a complexidade do processo saúde/doença/cuidado (Capozzolo, Imbrizi, Liberman & Mendes, 2013).

Dimensões comunicacional e relacional

As publicações apresentaram diferentes níveis de detalhamento e de análise dos problemas associados à qualidade da relação e da comunicação. Ao analisar as concepções da equipe sobre a implementação dos cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva (UTI), Silva et al, (2013) identificam, sob a categoria “despreparo da equipe”, que a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares é inadequada e geradora de conflito, em grande parte porque os profissionais não exercem uma escuta ativa (“qualificada”) com os usuários. Resultados semelhantes podem ser observados na pesquisa de Rézio et al, (2015), que destaca dificuldades na construção de acordos e no estabelecimento de consensos sobre o que é e quando começar o cuidado paliativo. Segundo as autoras, este problema gera outros, como a quebra de procedimentos, e é agravado pela comunicação verticalizada do médico com a equipe.

Outras questões ligadas à relação de poder e verticalidade da comunicação aparecem em contextos de equipes multiprofissionais. Estes desafios podem surgir em termos de relações de poder não só entre profissionais, mas também destes com usuários dos serviços (Capozzolo et al, 2013; Ellery et al, 2013). A presença de relações que não são dialógicas, ou mesmo, a falta de comunicação e negociação na tomada de decisões (Camara et al, 2015; Oliveira et al, 2016; Oliveira & Campos, 2015) são agravadas pela inflexibilidade nos limites das atribuições de cada profissional (Idem).

Em contexto hospitalar, registrou-se a desigualdade de autoridade entre profissões, com “disparidade de poder” e “tensões internas” intrinsecamente relacionadas ao modelo de atenção. A visão verticalizada dos processos de gestão impacta as dinâmicas comunicacionais, que não agregam valores individuais e pessoais (Silva & Santos, 2012) e, por tudo isso, impedem que se dê uma colaboração eficaz.

Menos diretamente vinculadas às relações de poder e hierarquia estão as dificuldades de relações de “concorrência exacerbada” e por vezes despersonalizadas e burocratizadas (Castro & Campos, 2016), nas quais não há vínculo entre a equipe (Lima & Rozendo, 2015). Nesta sequência, podem-se listar as configurações chamadas “equipe agrupamento”, em que não há articulação e interação, em oposição ou à “equipe integração” (Peduzzi, 2001 como citado em Madruga et al, 2015). Também apresentam-se como desafios as equipes que se relacionam a partir de objetivos diversos e ausência de liderança (Silva & Santos, 2012), no sentido de que tanto as relações de dependência como as de “independência negativa” são apontadas como problemas nas relações interprofissionais (Camara et al, 2015).

Problemática organizacional - Infraestrutura e condições organizacionais

Nessa categoria, os problemas relacionados à colaboração interprofissional encontram-se vinculados às condições materiais de trabalho, como a falta de recursos, insumos e espaço físico adequado para reuniões e atividades grupais (Castro & Campos, 2016; Falci & Belisário, 2013; Lima & Rozendo, 2015). Esse fator foi apontado por grande parte dos artigos analisados, que ressaltam a complexidade como problema primeiro da colaboração³. Em outros termos, o trabalho interprofissional é necessário devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, e por isso é necessariamente multidisciplinar (Silva et al, 2013). Não só a complexidade da doença, estritamente, mas também a das necessidades de saúde (Silva & Santos, 2012), dos problemas (Oliveira & Campos, 2015), dos casos (Falci & Belisário, 2013), das situações (Ellery et al, 2013), do próprio ser humano (Forte et al, 2016) e, conseqüentemente, a complexidade da organização e da prestação do cuidado/atendimento em saúde (Madruga et al, 2015; Oliveira et al, 2016; Reeves, 2016). Capozzolo et al, (2013) argumentam, ainda, acerca da singularidade deste processo, e da impossibilidade de proceder a generalizações.

Os profissionais relatam o excesso de demanda como um aspecto bastante comum no cotidiano do trabalho, e que prejudica a colaboração. O grande número de atendimentos (Falci & Belisário, 2013), (Lima & Rozendo, 2015) reflete-se na

³ Mais precisamente, 10 dos 16 textos, a saber: A002, A003, A004, A005, A006, A008, A009, A010, A011, A015.

“falta de tempo” nas agendas para encontros da equipe (Oliveira & Campos, 2015). Isto é confirmado na revisão empreendida por Castro e Campos (2016), que também encontrou registro de sobrecarga de trabalho, tanto na atenção primária, como na especializada, além de outras condições de trabalho inadequadas, malgrado estas não receberem maior detalhamento dos referidos autores ou de suas fontes.

A este respeito, também a revisão realizada por Oliveira e Campos (2015) encontrou na literatura portuguesa acerca do “cuidado colaborativo” referência às condições de trabalho como problema ao qual esta estratégia responde, isto é, as condições de trabalho, segundo esta revisão, são aprimoradas com o chamado cuidado colaborativo (*Collaborative Care*). Da mesma forma, a instrumentalização dos profissionais para um desempenho aperfeiçoado figura entre os efeitos do cuidado colaborativo, mas este aspecto (desempenho) está mais fortemente relacionado com a organização do processo de trabalho, cujos problemas serão descritos a seguir.

Problemática organizacional - Organização do Processo de Trabalho e Modelo

As descrições, análises e problemas relacionados à organização do trabalho estão amiúde associados a outros desafios já apresentados, como veremos mais adiante na figura 1. Aqui, eles são apresentados no mesmo tópico que as adversidades ligadas às características dos modelos de atenção e outras lógicas abstratas que coexistem e se materializam no próprio trabalho, seja como desempenho, resultado ou processo.

O problema mais proeminente e recorrente é justamente o inverso da colaboração, que se manifesta em termos de isolamento e fragmentação no trabalho. Os estudos realizados com profissionais de saúde, em contextos diversos, identificaram a persistência de práticas individuais, de uma atuação fragmentada e descontextualizada (Lima & Rozendo, 2015; Rézio et al, 2015; Silva & Santos, 2012), mantenedora de isolamento e sistemáticas próprias de trabalho. O trabalho isolado tem como um de seus componentes certa sonegação de informação, quando, por exemplo, depara-se com a falta de acesso ou acesso restrito de algumas categorias profissionais aos prontuários (Falci & Belisário, 2013) e com a ausência do recomendado compartilhamento dos indicadores de saúde (Ellery et al, 2013).

Como dito, além das adversidades ligadas à formação e à dimensão intersubjetiva, outros fatores para o isolamento e fragmentação do trabalho são atribuídos à própria organização do processo e lógicas correlatas. A divisão do processo de trabalho é um exemplo. Com frequência, ela é feita pela gestão e isso acaba por eximir a equipe da responsabilidade por fazê-lo. A *desresponsabilização* da equipe pela organização do próprio processo de trabalho é aliada de uma visão verticalizada da gestão, sustentada também pelos profissionais, e de um modelo centrado nos atos médicos e medicalizantes, em que a assistência só se inicia com o parecer e diagnóstico desta categoria (Silva & Santos, 2012). Problema semelhante é relatado por Silva et al, (2013), quando identificam quebra de procedimentos na troca de plantão em uma UTI, porém, neste caso, em decorrência da dificuldade de acordo mais do que das relações assimétricas entre a equipe.

Oliveira e Campos (2015) discorrem sobre a lógica de encaminhamentos e a fragmentação do cuidado, associadas à escassa responsabilização clínica durante o cuidado, corolário do modelo “burocratizado” de referência e contrarreferência. Trata-se de um arranjo que favorece o desenvolvimento individual (não recíproco de habilidades), porém com alto número de procedimentos e sem o planejamento conjunto das ações.

Castro e Campos (2016), por sua vez, criticam a diluição da responsabilidade no modelo de referência e contrarreferência, com ações pautadas no modelo hegemônico tradicional. Problematizam também as metas que sobrevalorizam os atendimentos individuais, em detrimento de outras atividades assistenciais (entre as quais, as interprofissionais). Ao criticarem a tradição de “concentração de poder” em certos profissionais, advogam a instituição de espaços coletivos destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho, espaços continentais da dimensão subjetiva, como parte da estratégia interprofissional proposta para dar conta da complexidade das necessidades de saúde.

Já menos associada ao isolamento e fragmentação do trabalho, a análise efetuada por Reeves (2016), em certa medida, corrobora com os estudos anteriormente mencionados ao reportar a coordenação de ações entre atores e serviços como ausente ou ineficaz. Apesar disso, não traz outros problemas afins. No mesmo sentido, o relato de Forte et al, (2016) expõe brevemente o problema da colaboração ineficaz, com uma análise fortemente baseada no documento da OMS (2010), intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”.

Diferentemente de qualquer estudo, porém, o referido relato trata de modo mais abrangente das “fronteiras disciplinares” que atravessam a prática profissional, explicando que elas se dão em termos legais, organizacionais e representacionais. Tais fronteiras contribuem, assim, não só para o processo de trabalho, como também para um sistema de saúde fragmentado. As reflexões feitas confluem com diversos outros estudos que indicam a lógica da profissionalização corporativa (Ellery et al, 2013); de práticas vinculadas ao modelo biomédico (Rézio et al, 2015); e a supervalorização das especialidades em detrimento das generalidades. Como consequências (Castro & Campos, 2016; Madruga et al, 2015) encontram-se o atendimento resumido à aplicação do saber técnico-científico, em detrimento da produção do saber em ato, na interação com o outro – aplicação acompanhada de uma acriticidade e consequente reducionismo do pensamento e ação (Capozzolo et al, 2013).

Ainda ligados à organização do processo de trabalho foram encontrados outros problemas como a pouca articulação entre profissionais em torno de um plano terapêutico, num contexto de serviço residencial terapêutico (SRT) (Furtado et al, 2013). A ausência de apoio da gestão na inserção do profissional de educação física (PEF) em um NASF foi ressaltada como um problema que expõe a dificuldade de integração com a equipe e o serviço, agravada pela ausência de atribuições definidas (Falci & Belisário, 2013).

Problemática estrutural

Os problemas aqui categorizados estão relacionados ao contexto organizacional, tal qual apontado pelos autores, mas estão fora da governabilidade direta dos profissionais de saúde. São desafios que, apesar de terem consequências presentes no cotidiano de trabalho, são mais gerais e, com frequência, de administração da alta gestão do sistema. A começar pela ausência completa de apoio matricial, que resulta na inexistência de profissionais para este tipo de colaboração, como apontam os estudos de Rézio et al, (2015).

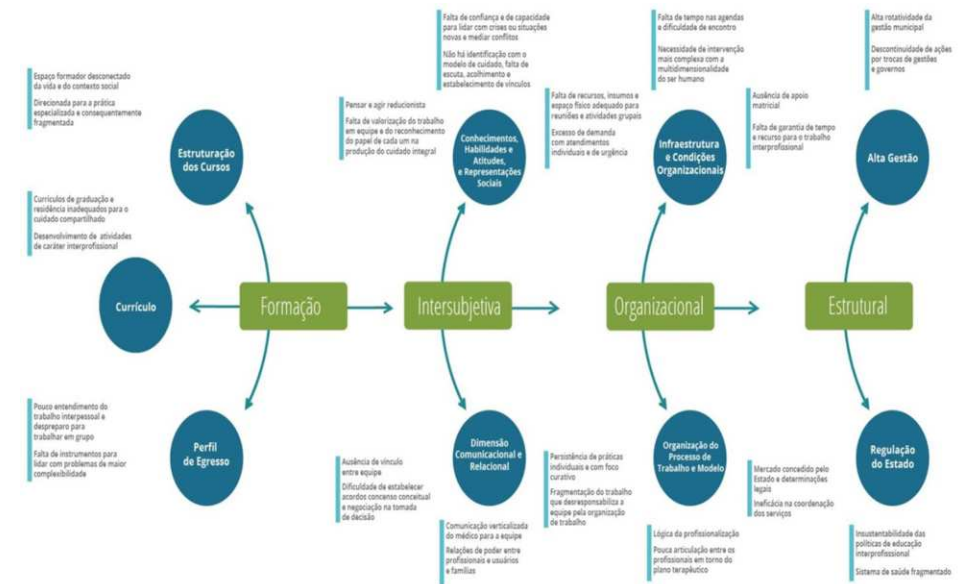
É citada como dificuldade a falha na garantia de tempo e de recursos para os profissionais participarem de programas de EIP, o que prejudica desenvolverem uma atitude positiva frente a este tipo de iniciativa (Lima & Rozendo, 2015; Reeves, 2016). Do mesmo modo, pode-se mencionar o número de profissionais incompatível com a

demanda real, fator que resulta em superlotação dos serviços (Castro & Campos, 2016). Estes desafios decorrem do que foi considerado como a “implementação parcial do SUS”.

A alta rotatividade da gestão municipal (Lima & Rozendo, 2015) tampouco contribui para o fortalecimento de dinâmicas e práticas colaborativas. Por seu turno, esse aspecto proporciona menor sustentabilidade de ações e políticas de EIP (Camara et al, 2015), juntamente com a não adesão efetiva dos atores (Sordi, Lopes, Domingues & Cyrino, 2015).

Por fim, relataram-se também as reservas de mercado concedidas pelo Estado e as determinações legais, que são pano de fundo de disputas e desentendimentos entre categorias profissionais na ponta (Ellery et al, 2013). No diagrama a seguir é apresentada uma síntese dos problemas encontrados e das respectivas análises realizadas.

Figura 1. Diagrama-síntese dos problemas e desafios à realização do trabalho interprofissional, extraídos das publicações que compuseram o estudo, conforme tipologia atribuída



Discussão

Os problemas encontrados para a realização do trabalho interprofissional foram relatados por San Martín-Rodríguez et al, (2005) numa revisão sistemática sobre os determinantes para o sucesso da colaboração no trabalho. Na perspectiva

do autor, existem três níveis de determinantes: os sistêmicos, condições externas à organização; os organizacionais, internos à organização; e os interacionais, concernentes com as relações interpessoais entre os membros da equipe.

Diferentemente do resultado do presente estudo, San Martín-Rodríguez et al, (2005) apontam que os determinantes interacionais receberam maior atenção quando comparados aos outros dois determinantes. Conforme quadro 4, a maioria dos artigos selecionados retratava a tríade de problemas que categorizamos – subjetivo, organizacional e estrutural – o que pode ser explicado pela compreensão de que o trabalho interprofissional aborda questões mais amplas, não limitadas ao contexto interacional e subjetivo dos indivíduos.

A formação profissional vem sendo trabalhada como um pré-requisito para promover a prática colaborativa (OMS, 2010). O sistema educacional apresenta um papel fundamental nesse contexto anterior à prática cotidiana do trabalho em equipe, mas que sozinha não garante a colaboração. A chamada Educação Interprofissional reconhece que o processo formativo deve acontecer de maneira a estimular a interação profissional, com diálogo e cooperação entre as áreas de conhecimento (Peduzzi et al, 2016). Segundo a OMS (2010), significa o aprendizado mútuo entre os futuros profissionais de diferentes áreas, inspirado por melhores resultados na saúde da população. Essa primeira aproximação do trabalho em equipe, proporcionada pelo sistema educacional, fomenta valores colaborativos que reconhecem o potencial da integração da pluralidade profissional com seus conhecimentos e práticas (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005).

Sendo assim, o relatório da OMS aponta os níveis de incentivo para promover o trabalho interprofissional nos contextos locais em duas dimensões: a primeira, na Educação Interprofissional, com os mecanismos do educador e curriculares; e a segunda, na Prática Colaborativa, a partir de mecanismos de apoio institucional, de cultura de trabalho e ambientais (OMS, 2010).

Para a realização da Educação Interprofissional, os envolvidos precisam acreditar nesse formato de ensino, compartilhando a visão de que o processo de aprendizado é sobre os outros, com os outros e entre si. O primeiro contato do aluno com experiência interprofissional precisa ser positivo para despertar o interesse em continuar atuando em ações desafiadoras, nas quais se reconhece a importância do outro. Não obstante, os currículos entram nesse cenário para garantir uma abordagem

colaborativa no cronograma dos cursos, uma vez que a Educação Interprofissional é alcançada por meio de princípios de aprendizado para adultos, que devem dialogar com as experiências da prática vivenciada pelos alunos (OMS, 2010). Portanto, esse preparo do aluno para o trabalho em saúde desenvolve diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o trabalho em equipe, comunicação, responsabilidades, reflexão crítica, relação com o paciente e ética, que os tornam atores transformadores de realidade, atestando o potencial colaborativo nos serviços e ações em saúde.

Sobre a prática colaborativa, relacionada mais aos problemas subjetivos, organizacionais e estruturais, existem outros mecanismos próprios do sistema de saúde, necessários para alcançar serviços de excelência por meio da colaboração. O primeiro mecanismo apontado no nível prático é o apoio institucional, que precisa estar alinhado aos moldes de trabalho interprofissional, com fluxos de trabalho estruturados. Para realizar a prática colaborativa, confirmando os problemas relatados no âmbito organizacional, precisa-se de tempo e espaço adequados. Quando a gestão constrói os processos juntamente com a equipe, a interprofissionalidade ganha força e viabilidade.

A cultura de trabalho também representa um aspecto organizacional que influencia a prática. Se há uma estrutura horizontalizada entre os profissionais, o ambiente torna-se propício para troca de saberes e tomada de decisão compartilhada. Como último mecanismo, o ambiente refere-se aos recursos físicos, materiais e de infraestrutura dos estabelecimentos que podem favorecer ou prejudicar a comunicação e a organização dos processos de trabalho. Pode-se constatar que a dificuldade em promover a interação entre os profissionais das equipes e a ausência de uma prática voltada à colaboração criam uma disputa de espaço no trabalho coletivo em que as atribuições são definidas e limitadas a um processo mecânico e inflexível de trabalho, formando uma falsa convicção de que todos os problemas enfrentados pela equipe não estão sob sua governabilidade. Entretanto, existem diferentes níveis de problemas e, de acordo com os resultados do presente estudo, a maioria se encontra no âmbito organizacional e interacional, isto é, são situações próximas das equipes e da gestão local. A distância entre a teoria e a prática do trabalho, somadas à falta de alinhamento da gestão quanto às concepções de um ambiente favorável ao trabalho interprofissional se refletem na sensação de falta de espaço para a colaboração, que é diretamente associada à prevalência da visão reducionista por parte dos profissionais (Silva & Santos, 2012).

Os desafios para a realização do trabalho interprofissional remetem a um círculo vicioso, que começa na formação e perpetua-se na prática profissional, na gestão e na estrutura do sistema de saúde. Mesmo que as políticas estabeleçam os princípios e as diretrizes que orientem o trabalho em equipe de forma integrada e colaborativa, ainda existem muitos elementos a serem transformados, no intuito de concretizar tal orientação. Dentre eles destacam-se as formas de fragmentação do trabalho, mesmo com o reconhecimento de que são negativas em seus efeitos e repercussões (Silva & Santos, 2012).

Considerações Finais

Os resultados apresentados descrevem o problema da colaboração no trabalho em saúde em quatro diferentes níveis: o da formação profissional, das relações intersubjetivas, e dos fatores organizacionais e estruturais. Essas dimensões podem orientar profissionais e gestores para compreender os desafios relacionados ao trabalho interprofissional em saúde e identificar como promover a colaboração.

A formação profissional apresenta bastante influência nos demais problemas, sendo o responsável pela formação da base de atuação do futuro profissional. Os principais problemas encontrados foram a estruturação dos cursos, a construção e operacionalização de currículos que desenvolvam atividades de caráter interprofissional e, como consequência dessas lacunas, o perfil do egresso, que se mantém distante do trabalho em equipe. Tais fatores fazem com que se forme no sistema educacional um profissional sem as competências e os valores necessários para a construção de práticas colaborativas.

Na dimensão subjetiva destacam-se os conhecimentos, as habilidades e as atitudes cristalizadas, mas também aspectos de comunicação e de relação entre atores. Muitas vezes, a falta de reconhecimento do potencial colaborativo e a não identificação com o modelo de cuidado que prioriza a escuta, o acolhimento e o vínculo dificultam o processo de comunicação no trabalho. Isto acaba mantendo as relações de poder entre os próprios profissionais de saúde, com o estabelecimento de hierarquias entre as categorias e também dos profissionais para com os usuários e os familiares, que são vistos como meramente recebedores da assistência.

Os problemas organizacionais são relacionados à maneira como o trabalho é configurado na dinâmica institucional pelos profissionais ou gestão imediata, bem

como ao modelo que atravessa as práticas. Também entram nessa perspectiva a infraestrutura e as condições organizacionais como, por exemplo, a falta de recursos, insumos, espaço físico, entre outros. A fragmentação do trabalho presente na formação profissional é claramente visualizada nos impasses organizacionais, pois as equipes se sentem desresponsabilizadas pela organização do seu próprio processo de trabalho.

Por fim, foram considerados os desafios estruturais ligados à alta gestão do sistema e à regulação do Estado. As questões trazidas nesse enfoque constituem problemas fora da governabilidade dos profissionais, mas que de certa forma sustentam e articulam-se às demais problemáticas.

Referências

- Barros, Nelson Filice de, Spadacio, Cristiane e Costa, Marcelo Viana da. Trabalho Inter profissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária a Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 4 Novembro 2020], pp. 163-173. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>.
- Camara, A. M. C. S., Grosseman, S., & Pinho, D. L. M. (2015). Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, **19**, 817-829.
- Capozzolo, A. A., Imbrizi, J. M., Liberman, F., & Mendes, R. (2013). Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, **17**, 357-370.
- Castro, C. P. d., & Campos, G. W. d. S. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, **26**, 455-481.
- Cooper, H. M. (1982). Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of educational research**, **52**(2), 291-302.
- Costa, et al. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.
- Durand, T. (1998). Forms of incompetence. **Proceedings Fourth International Conference on Competence-Based Management**. Oslo: Norwegian School of Management,
- Ellery, A. E. L., Pontes, R. J. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, **23**(2), 415-437.
- Falci, D. M., & Belisário, S. A. (2013). A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, **17**, 885-899.
- Freire Filho, J.R. (2014). **Formação Interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Dissertação de mestrado (Mestre em Ciências), Ribeirão Preto.
- Forte, F. D. S., Moraes, H. G. d. F., Rodrigues, S. A. G., Santos, J. d. S., Oliveira, P. F. d. A., Moraes, M. d. S. T., Lira, T. E. B. G. d., & Carvalho, M. d. F. M. (2016). Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, **20**, 787-796.
- Furtado, J. P., Tugny, A. d., Baltazar, A. P., Kapp, S., Generoso, C. M., Campos, F. C. B., Guerra, A. M.



DISPOSITIVOS DE COLABORAÇÃO E EPS NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS DO SUS

Caroline Zamboni de Souza
Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira

- C., & Nakamura, E. (2013). Modos de Morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*.
- Guizardi, F.L., Lopes, M.R., Cunha, M.L.S. Contribuições do movimento institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: Mattos, R.A, Baptista, T.W.F (orgs). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p.319-346.
- Lima, P. A. d. B., & Rozendo, C. A. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoría do Pró-PET-Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, **19**, 779-791.
- Madruga, L. M. d. S., Ribeiro, K. S. Q. S., Freitas, C. H. S. d. M., Pérez, I. d. A. B., Pessoa, T. R. R. F., & Brito, G. E. G. d. (2015). O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, **19**, 805-816.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. d. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, **17**(4), 758-764.
- Moscovici, S. (1982). The coming era of social psychology. In J.P. Codol e J.P. Levens. **Cognitive Approaches to Social Behavior**. The Hague, Nijhoff.
- Oliveira, C. M. d., Batista, N. A., Batista, S. H. S. d. S., & Uchôa-Figueiredo, L. d. R. (2016). A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, **20**, 1005-1014.
- Oliveira, M. M. d., & Campos, G. W. d. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, **20**(1), 229-238.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, **35**(1), 103-109.
- Peduzzi, M., Oliveira, M., Silva, J., Agreli, H. L. F., & Miranda Neto, M. (2016). Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica*. 2ª ed. Barueri: Manole, 1, 1-9.
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, **20**, 185-197.
- Rézio, L. d. A., Moro, T. N., Marcon, S. R., & Fortuna, C. M. (2015). Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, **19**, 793-803.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, **19**(sup1), 132-147.
- Silva, C. F. d., Souza, D. M., Pedreira, L. C., Santos, M. R. d., & Faustino, T. N. (2013). Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, **18**(9), 2597-2604.
- Silva, L. A., & Santos, J. N. (2012). Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. *Revista de Ciências da Administração*, **14**(34), 155-168.
- Sordi, Met. R. L. d., Lopes, C. V. M., Domingues, S. M., & Cyrino, E. G. (2015). O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. **19**(Supl. 1), 731-742.

A segunda década dos anos 2000 se encerra com a vivência da pandemia de SARS-CoV-2. Entre outras consequências, esta explicitou e ampliou o modo como nos relacionamos com as práticas *on-line*, um fenômeno social que já vinha crescendo, mas que se acelerou nesse período. Destacamos dois campos onde se pode perceber a modulação das práticas *on-line*: o trabalho e a educação. No curto período de algumas semanas, pressionadas por políticas sanitárias, decretos e outras regulações, as comunidades escolares e laborais foram atravessadas pela necessidade de ampliar significativamente as práticas de educação à distância e as formas de trabalho remoto. Ao passo que contribuem para que a educação e o trabalho não sejam interrompidos, garantindo condições para que sigamos mantendo a convivência social e os encontros com o(a) outro(a), tais práticas podem concorrer para segregar ainda mais grupos sociais que já enfrentavam dificuldades de acesso à tecnologia. Nesse capítulo colocamos em análise dispositivos de promoção de encontros *on-line* forjados para contribuir com estratégias de colaboração e educação permanente em saúde (EPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Discutimos esses temas a partir das ferramentas e eventos promovidos pela Comunidade de Práticas (CdP), uma plataforma de colaboração *on-line*.

Procuramos contribuir com a discussão sobre a educação no trabalho em saúde e com projetos que vêm sendo forjados na perspectiva de fazer avançar a vivência dos princípios do SUS. Nesse estudo apresentamos o mapeamento e análise de duas superfícies de colaboração promovidas pela Comunidade de Práticas entre os anos de 2015 e 2018, a saber, o edital InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde e o edital do PET-Saúde/GraduaSUS. A análise é parte de uma tese de doutorado (Zamboni de Souza, 2019) que discute processos de desenvolvimento humano mediado pelo trabalho e EPS. Percebemos que, diante do contexto da pandemia,

o referido estudo tem o potencial de ser ampliado para contribuir com a discussão sobre dispositivos de colaboração *on-line*. Desse modo, o objetivo desse capítulo é problematizar o potencial das práticas colaborativas desenvolvidas pela CdP na perspectiva do fortalecimento e da criação de oportunidades para EPS frente aos desafios do trabalho em saúde.

Organizamos, portanto, o texto da seguinte forma: o quadro de referências teóricas consta da apresentação da plataforma de colaboração Comunidade de Práticas; a discussão da relação entre EPS e colaboração; e a proposição de uma compreensão sobre a prática de colaboração na CdP. A partir disso apresentamos o processo metodológico do estudo, que consistiu em uma cartografia, e analisamos as referidas superfícies de colaboração. Finalizamos propondo algumas considerações sobre os temas estudados à luz da necessidade de fortalecer o SUS.

Educação Permanente em Saúde e Colaboração na CdP

A partir de agora vamos apresentar uma compreensão sobre a constituição da proposta de EPS e as convergências entre ela e a ideia de colaboração. Propormos a seguir uma abordagem da colaboração para compreender as ferramentas da CdP em diálogo com os conceitos de Encontro e Zona de Desenvolvimento Proximal de Espinosa e Vigotsky respectivamente.

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, é um marco para o debate sobre processos educativos dos(as) trabalhadores(as) do SUS. Apesar da prerrogativa de que o SUS atue como ordenador da formação de seus(as) trabalhadores(as) segundo o artigo 200, parágrafo 3º, da Constituição Brasileira de 1988, ainda há um árduo caminho para aproximar os processos educacionais desenvolvidos e as necessidades do sistema. Enfrentamos o desafio de promover educação em dos maiores sistemas de saúde do mundo, em um país continental e com importante diversidade regional sob a experiência da pandemia de Covid-19, que afeta especialmente a trabalhadores da saúde. Soma-se a isso o contexto de aumento das ameaças e retrocessos na democracia do país. A PNEPS segundo Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014) promove um tipo de encontro de saberes que somente se sustenta a partir de práticas democráticas.

Cavalcanti (2015) aponta que a proposta da EPS se constitui a partir de uma preocupação em superar as propostas tradicionais de educação na saúde. Em geral, essas propostas se dão por meio de “rígidas prescrições” caracterizadas por serem ações pontuais, com tempo curto de realização e com objetivos e metas definidas *a priori* sem a participação de trabalhadores e trabalhadoras. Segundo o autor, as questões relativas à educação permanente passaram a ter uma agenda de destaque na América Latina a partir do final da década de 1970. Nesse momento, o foco das ações de educação na saúde deixou de ser a prática médica e passou a incorporar outros debates, como a ampliação dos serviços de Atenção Básica, constituição multiprofissional de equipes de trabalho com diferentes níveis de formação, integração ensino-serviço e formação generalista dos médicos, por exemplo. Pires-Alves, Paiva e Hochman (2008, p. 823) destacam que, nesse momento, a OMS percebeu o desafio de “aprofundar a gestão integrada do processo de desenvolvimento de recursos humanos vis-à-vis as necessidades concretas da atenção à saúde”. Nesse período também se constitui o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que teve como importante fundamento a ideia de que não existe saúde sem democracia. Paiva et al (2008) indicam que o país transitava do “milagre econômico” à crise mundial do capitalismo sob a ditadura militar.

O projeto de cooperação entre OPAS e Brasil previa uma maior integração entre ensino e serviços na área da saúde; a formação de docentes e pesquisadores(as) e a investigação de propostas pedagógicas para a formação de profissionais de saúde. Paiva et al (2008) avaliam que esse projeto se constituiu como uma brecha na conjuntura política autoritária que permitiu a construção de processos de cooperação técnica com diferentes estados da federação. Boa parte dos estados atendeu a demandas imediatas, mas também surgiram núcleos de saúde coletiva em diferentes instituições de ensino superior, e foi fomentada a criação de núcleos estaduais de desenvolvimento de recursos humanos que serviram como referência política, administrativa e pedagógica nas secretarias de saúde. Parte dessa experiência contribuiu para fortalecer as propostas do movimento da Reforma Sanitária e a discussão do modo de organização dos serviços de saúde.

Pires-Alves et al (2012) identificam que as décadas subsequentes se caracterizaram por uma espécie de nacionalização do debate da formação fomentada eminentemente pela constituição do SUS. Macêdo et al (2014) afirmam

que na década de 1980 e 1990 foi sendo criada uma agenda para pensar a gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil. Consolidando a relevância do tema, denominado naquele momento histórico de “recursos humanos”, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária e posteriormente na formulação de políticas tanto da saúde quanto da educação (Paiva et al 2008). Destaca-se nos anos de 1986 e 1993 a realização da I e da II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde que mobilizaram trabalhadores em todo o Brasil. Gigante e Campos (2016) avaliam que essas duas conferências, que tiveram etapas municipais e estaduais, corroboraram para dar seguimento à implementação de estruturas de formação e desenvolvimento de profissionais no contexto de democratização do país.

A partir desse período, Cavalcanti (2015) identifica que vão se esboçando duas matrizes conceituais acerca dos processos de formação de trabalhadores que se expressa no Brasil e também na América Latina: educação continuada e educação permanente em saúde. Inicialmente se desenvolveu uma segmentação no campo e se produziu um rechaço às práticas de educação continuada no início dos anos 2000. O autor argumenta que o Brasil foi desenvolvendo uma expressão própria no que se refere à EPS, que ele chama de “educação permanente em saúde à brasileira”. A tendência se consolidou com a publicação da primeira versão da PNEPS, em 2004.

Em 2006, o debate e as experiências nesse campo produziram uma terceira Conferência Nacional, explícita em sua mudança de nome: III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Não obstante o nome ter sido alterado em função das novas construções conceituais, manteve-se a numeração, fazendo referência histórica ao debate do tema na saúde brasileira nas décadas anteriores. Essa discussão sobre as articulações que levam à produção de novos termos para se relacionar com o tema da educação na saúde no Brasil aponta elementos importantes sobre que tipo de projeto guarda coerência com os princípios do SUS e da democracia quando pensamos em educação na saúde.

A perspectiva de EPS produzida no Brasil está implicada com um tensionamento para a mudança de paradigma na educação de trabalhadores da saúde. Cavalcanti (2015) destaca algumas características que envolvem a compreensão de EPS no Brasil: a) a micropolítica do trabalho que compreende o trabalho em saúde como trabalho vivo, ou seja, que acontece durante a relação estabelecida entre as pessoas diretamente envolvidas no processo do cuidado, no encontro. Ela explicita

a compreensão de que a prática da saúde é um território de disputa diuturna que sempre pode ter uma dimensão não capturável pelos processos institucionais, culturais e educacionais que tendem à institucionalização; b) o quadrilátero da formação para a área da saúde que visa ampliar os atores e atrizes envolvidos na produção de práticas educativas denominada como ensino-serviço-comunidade e agregar a ela as instituições formadoras, os serviços de saúde, as associações profissionais e usuários(as); c) a cogestão e/ou autogestão: inicialmente, a proposta trazia como referência a gestão colegiada e a metodologia da roda, que caracteriza a cogestão. Posteriormente, constituiu-se com a incorporação da perspectiva da análise institucional atrelada à autoanálise e à produção de instituintes, que se aproxima mais do conceito de autogestão; d) a aprendizagem significativa e a problematização. Ambas valorizam o saber profissional como ponto de partida para produção de conhecimento. Trabalhadores recebem a convocação para serem produtores e não receptores de conhecimento; e) a integralidade do cuidado, que promove a ampliação das práticas de consideração da diversidade que constitui a produção da saúde. A partir dos destaques feitos podemos perceber um importante grupo de arranjos conceituais que produzem o que vem se construindo como EPS no Brasil, como uma dimensão ético-política do processo educativo. Segundo (Ceccim, 2008, p. 13) ela enfatiza a “execução de um projeto de sociedade e de um projeto technoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade”.

A EPS atua como busca de “potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais)” (Ceccim, 2008, p. 20). Onde existe um reconhecimento das “aquisições extensivas (o saber acumulado)” e “aquisições intensivas (a construção do trabalho coletivo, a alteridade com usuários(as), a assunção de práticas transinstitucionais, a apropriação da transdisciplinaridade)” (Ceccim, 2008, p. 21). A partir desses elementos levantados, consideramos possível dizer que a EPS parte das práticas e dos encontros entre atores que constituem o cuidado em saúde, fortalecendo assim as redes de colaboração entre tais atores (Andrade, Caldas, Falcão & Goês, 2016; Vasconcelos, Nicolotti, Silva & Pereira, 2016) na perspectiva da produção da integralidade.

Segundo Ceccim, Bravin e Santos (2009, p. 177), a PNEPS foi construída para criar oportunidades de promover “[...] capacidade pedagógica por toda a

rede do Sistema Único de Saúde, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. O conceito de educação permanente em saúde serve para dimensionar esta tarefa”. (Ceccim, 2005, p. 975)

A CdP propõe ferramentas que buscam contribuir com ampliação da capacidade pedagógica do SUS por meio da concepção de EPS forjada no país. Ela atua na ampliação da aprendizagem a partir da atividade cotidiana no trabalho ao apostar na produção de micropolítica das relações por meio da colaboração e ativar uma macropolítica por meio da visibilidade e participação de trabalhadores, estudantes, docentes, gestores e usuários envolvidos nas práticas do SUS.

No campo da educação, estudos sobre o tema da colaboração já se destacavam muito tempo antes ao advento da internet, cujo surgimento deu nova força ao tema. Segundo Tractenberg & Struchiner (2010) são precursores desses estudos autores como Jardine, Dewey e Vigotsky, assim como o movimento Escola Nova, ainda no início do século XX. A disseminação de teorias psicológicas relacionais e dialógicas, como a que é proposta por Vigotsky, a partir da década de 1980, especialmente no continente americano e europeu, possibilitou a ampliação de abordagens que sustentassem práticas educativas colaborativas. Esse tipo de abordagem ganhou novo fôlego quando da inserção das tecnologias da web 2.0. Segundo Villegas-Iriarte (2016) ela viabilizou um encorajamento para que usuários(as) atuassem como criadores de conteúdo e de arquiteturas com alto poder de interatividade e mudou a maneira do mundo se comunicar.

Uma proposta para compreender as práticas de colaboração e EPS na CdP

Tem sido cada vez mais comum vermos o termo trabalhador(a) ou empregado(a) ser substituído por colaborador(a). Nesse caso a substituição atua como uma metonímia pela qual se busca amansar, pela linguagem (Amador, 2018), o peso da fragilização dos vínculos de trabalho. Ao analisar as relações de trabalho, na contemporaneidade, a autora alerta para a incorporação de estratégias de mobilização psíquica de trabalhadores para promover uma “adesão voluntária” aos propósitos da empresa. Tractenberg & Struchiner (2010) alertam que não é raro

encontrarmos a reativação de práticas conservadoras embaladas em tecnologias de ponta. Assim podemos perceber que o termo colaboração pode servir tanto para amenizar formas de controle, onde a vigilância deixa de ser do professor ou do chefe e passa a ser de todo o grupo, quanto para promover a construção e a gestão de conhecimentos de forma participativa, conforme propõe a EPS.

O advento da web 2.0 produziu modificações no âmbito laboral e a colaboração vem sendo usada para caracterizar processos de trabalho onde o objetivo não é produzir coisas e sim compartilhá-las. Essas práticas têm sido promovidas por meio de ofertas de tecnologias de informação que vêm trazendo novas modulações nas relações de trabalho desde a perspectiva da economia colaborativa. Para Thomas Philbeck (2018), filósofo e coordenador de estudos em tecnologia do Fórum Econômico Mundial, a colaboração é definida como capacidade para servir e, ao promovê-la, o mundo do trabalho está colocando em curso uma nova etapa da história do desenvolvimento humano. Para o autor, à medida que essas práticas forem se ampliando, forjaremos uma nova forma de sermos humanos. Segundo ele, as tecnologias tendem a se expandir de modo a integrarem-se ao nosso corpo e forjarem o modo como nos relacionamos. Para Alcoforado (2019) essa “colaboração vai nos matar”, pois com ela o nível de precarização do trabalho vem se ampliando. Um exemplo dessa prática é que o vem sendo chamado de “uberização”. O conceito não remete apenas à situação de motoristas de aplicativo, englobando também fenômenos como a flexibilização ou a extinção dos direitos trabalhistas, a remuneração inadequada para sobrevivência, bem como a inexistência de proteção em caso de doença, acidente ou desemprego (Abilio, 2019). Antevemos que tal precarização tende a se agravar no contexto de desemprego promovido pela pandemia da Covid-19, pela crise no modelo econômico mundial que a acompanha e, no caso do Brasil, pela negligência operada pelo governo para garantir a seguridade social da sua população.

É importante destacar que as práticas de colaboração que convergem com a proposta de EPS do SUS envolvem o estabelecimento de relações horizontais que promovam estratégias de superação da transmissão de conhecimento de cima para baixo, nas quais, via de regra, alguém que tem o papel de ensinar e alguém, o de aprender. A CdP busca favorecer a interação e a formação de redes que cultivem uma prática ético-política de colaboração, logo, nada tem em comum com essas práticas de amansamento da linguagem ou precarização do trabalho tratadas no

parágrafo acima. Porém essa intencionalidade político-metodológica da plataforma não garante *a priori* que as práticas de colaboração da CdP sejam democráticas. O que se destaca na proposta da CdP é a possibilidade de funcionar como um dispositivo de modulação das forças que compõem as interações realizadas. Para isso, há que se considerar a dimensão afetiva onde aparecem os sentimentos, os conflitos, as opiniões, os argumentos e possibilidade de colocar em análise as práticas coletivas. Quando aderem à plataforma, usuários(as) da CdP são convidados(as) a atuar como facilitadores dessas práticas ético-políticas de colaboração.

O debate sobre situações-problema tem sido uma estratégia potente para constituição de significados compartilhados, mas não bastam para colocar em análise os dispositivos de colaboração da CdP. Para construir uma compreensão sobre os dispositivos de colaboração e EPS na CdP, utilizamos alguns autores que têm nos encorajado a analisar o tema a partir da perspectiva da modulação da potência de desenvolvimento dos(as) usuários(as) da plataforma. Destacamos nesse momento dois deles: Espinosa e Vigotsky. Ambos dão grande destaque para a relação, para aquilo que acontece no “entre” da interação de pessoas, assim como para dimensão afetiva produzida pelos humanos. Nesse momento daremos destaque especial aos conceitos de Encontro, de Espinosa e de Zona de Desenvolvimento Proximal, de Vigotsky que têm nos ajudado a estudar os processos de colaboração *on-line* da CdP.

Para Espinosa (1677/2011), os Encontros são experiências de afecções⁴. As afecções não têm uma finalidade em si, elas são potência. A qualidade da potência não pode ser definida como aumento ou diminuição *a priori* do Encontro, do processo de interação. Algo pode ser bom, potente, numa dada situação e mau, fonte de padecimento, perda de potência, decomposição, em outra. Nesse sentido o autor nos ajuda a expressar o cuidado necessário ao usarmos termos polifônicos como colaboração para qualificar um tipo de Encontro. Vimos anteriormente que, sob a égide da colaboração, podem ser identificadas práticas bastante diversas que servem tanto a objetivos democráticos e de defesa da vida quanto de renovação e manutenção de privilégios. Desse modo, é importante destacar que a colaboração que interessa ao SUS e suas práticas de EPS compreendidas no projeto da CdP se caracteriza pela intencionalidade de promover Encontros onde aconteçam afecções que produzam aumento da potência. A CdP

⁴ Utilizarei as expressões “Encontro”, “Bons Encontros” e “Maus Encontros” com letra inicial maiúscula quando estiverem relacionadas aos conceitos desenvolvidos por Espinosa.

propunha-se a oferecer ferramentas para que os(as) trabalhadores atuem de forma potencial sobre a sua trajetória, vislumbrando possibilidades de invenção de novas práticas por meio do contato com outros(as) profissionais.

Segundo o autor, nos seres humanos a potência de agir é aumentada por um Encontro onde se experimenta a alegria. Cabe destacar que alegria, para Espinosa, não é apenas o avesso da tristeza ou um estado de satisfação. Para ele, a alegria expressa uma experiência ativa com os afetos, quando as afecções provocadas pelos Encontros deixam de ocorrer apenas ao acaso como um efeito da outra pessoa, quando forjamos uma conexão entre afecções e ideias. A alegria torna-se inteligente quando instiga a busca de Bons Encontros, que são aqueles que potencializam a vida, visto que, para o autor, os seres humanos buscam perseverar na sua existência. Espinosa diz que um afeto deixa de ser uma paixão, que é a experiência do afeto ao acaso, quando se constrói com ele uma ideia “clara e distinta” (Espinosa, 1677/2011, p. 371). O intelecto age com os afetos e não sobre os afetos. Ele não é um ente superior na experiência do Encontro, mas à medida que caminham juntos aumentam a potência de agir dos seres humanos. A experiência dos Maus Encontros é caracterizada pela diminuição da potência de agir e por uma dicotomização entre a experiências das afecções e do intelecto (Espinosa, 1677/2011). Nesse contexto de Maus Encontros a possibilidade de produção de conhecimento e de transformação fica restringida.

O convite à colaboração feito pela CdP busca ativar Bons Encontros entre seus(as) usuários(as). Para entender melhor como esses Encontros atuam desde uma perspectiva de ativação das afecções e do intelecto na produção de EPS propomos dialogar com a ideia de Zona de Desenvolvimento Proximal construída por Vigotsky. O autor propõe colocar em análise aquilo que há em potencial nos seres humanos quando estudamos processos de desenvolvimento humano. Ele percebeu que é possível identificar nos processos educacionais aquilo que opera como potencial e que ainda não se consolidou como uma habilidade ou prática cotidiana. Ele chama essa experiência de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP).

A ZDP se caracteriza como um espaço de trocas afetivas, cognitivas e sociais em contextos diversos que se beneficiam da interação para lograr resultados que não se manifestariam sem a existência dessas trocas (Zanella, 2014). Segundo Fino (2001, p. 7), boas aprendizagens constituem um processo de transformação, e não de

afirmação daquilo que já está porto: “[...] permite[m] atuar no limite do seu potencial”. O estabelecimento de uma ZDP cria a possibilidade da vivência de um potencial, de uma zona de possibilidade, de um vir-a-ser produzido pelo Encontro com outra pessoa (Vigotsky, 1991). Para Vigotsky (1991), o desenvolvimento humano tem dois níveis: o desenvolvimento real, que é aquilo que a pessoa consegue resolver sozinha e indica ciclos de desenvolvimento completos, e o desenvolvimento potencial, que são atividades que se tornam possíveis de serem realizadas com a participação da outra pessoa e que, a partir dessa experiência, podem vir a se consolidar. Vigotsky considera que o desenvolvimento potencial era um aspecto privilegiado para compreender o processo de desenvolvimento de uma pessoa, visto que possibilitava uma visão prospectiva, e não uma constatação daquilo que já estava constituído (Zanella, 2014).

Na produção de ZDP, diferentes autores sublinham a relevância das interações entre pares onde não há, necessariamente, assimetria entre níveis de conhecimento entre as pessoas que podem ser crianças, adolescentes, trabalhadores da saúde ou da educação etc. Nessas situações de horizontalidade, o encontro de pontos de vista possibilita uma ampliação da negociação de significados, do diálogo e dos papéis vivenciados, não sendo obrigatória a presença de tutores, facilitadores ou professores para que algo inédito seja construído (Zanella, 1994), para que o processo de colaboração e educação promova um aumento de potência de agir. As contribuições desses autores e autoras nos ajudam a construir um entendimento sobre a experiência de colaboração na CdP. Essa experiência tem potencial para atuar como promotora de modulação dos afetos e das ideias na perspectiva de promover Bons Encontros e ZDP.

A Comunidade de Práticas do SUS: histórico e consolidação

A Comunidade de Práticas⁵ (CdP) é uma plataforma virtual aberta concebida para promover a troca de experiências entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Foi criada em 2012 por meio de uma articulação do Departamento de Atenção

⁵ Cabe destacar que a Comunidade de Práticas desenvolvida pelo Ministério da Saúde e seus parceiros não trata exclusivamente da aplicação da proposta de mesmo nome construída por Etienne Wenger (1998). Enquanto a proposta de Wenger visa subsidiar em torno de uma prática a reunião de um grupo de pessoas mobilizadas pela construção de conhecimento para sua própria qualificação e buscando os melhores caminhos para sua realização, o cerne da proposta do Ministério da Saúde é outro, pois envolve a construção de uma experiência do comum. À medida que o capítulo avança para detalhar o projeto político-metodológico da Comunidade de Práticas, ficará mais clara a diferença, pois os membros trocam informações e experiências sobre o domínio da comunidade, envolvem-se em reflexões e discussões, ajudam-se mutuamente e desenvolvem, assim, um relacionamento que favorece com que aprendam uns com os outros.

Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS)⁶ em parceria com o Instituto da Atenção Social Integrada (IASIN). Foi apoiada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Instituto Communitas (CdP, 2016a).

Segundo Petra, Marcolino, Corso e Cavalcanti (2016), a CdP é uma plataforma *on-line* centrada na interação social e na colaboração, que visa desenvolver tecnologias para a integração das experiências de seus(as) usuários(as) a partir de relações horizontais de ensino-aprendizagem. Nesse intuito, segundo os(as) autores(as), o conceito de aprendizagem colaborativa de Dillenbourg (1999) ajuda a explicar a proposta de colaboração da CdP, a saber: oportunidade onde duas ou mais pessoas procuram aprender juntas. A intencionalidade implícita no desenvolvimento desta ferramenta é empoderar trabalhadores da saúde ao favorecer propostas de colaboração por meio de diferentes dispositivos. Procuramos ampliar essa discussão com a ajuda desse estudo.

Um importante marco para a implementação da CdP como plataforma de colaboração para trabalhadores do SUS foi a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, ocorrida em março de 2014, no Centro Internacional de Convenções de Brasília. A CdP foi utilizada como uma proposta integrativa de práticas pedagógicas de colaboração presencial e *on-line* no processo preparatório para a Mostra, no ano de 2013. A avaliação positiva dessa experiência, que se deu a partir de uma dinâmica de colaboração virtual e culminou em um encontro presencial com fortes expressões de participação e protagonismo de trabalhadores da saúde, fortaleceu a CdP.

Para a Comunidade de Práticas, a mostra representou um dispositivo importante para a divulgação do projeto em construção, para a inserção de novos(as) usuários(as) na plataforma e para a produção de um banco de práticas riquíssimo sobre o que se produz no cotidiano da Atenção Básica brasileira. Com esse encontro, o número de usuários da comunidade cresceu em mais de 200% e a participação ativa dos inscritos para a mostra deu nova vida a essa rede virtual. (Brasil, 2016, p. 39).

A partir daí a CdP, cujo Projeto Político Metodológico se alimenta do imbricamento de elementos da comunicação e da educação em saúde, vai se

⁶ Em 17 de maio de 2019, com a publicação do Decreto nº 9.795 o DAB passa a se chamar Departamento de Saúde da Família (DESF) e compor, junto ao Departamento de Promoção da Saúde (DPS) e ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF).

constituindo em força propulsora da formação de uma rede de trabalhadores do SUS que contribui para a mobilização, informação, comunicação, educação e produção de um pensamento coletivo (Comunidade de Práticas, 2016). Documentos que registram a história da proposta indicam como dispositivos inspiradores das ferramentas de interação a cibercultura, a educação popular em saúde, a EPS e o apoio matricial. Vamos tratar deles a partir de agora para discutir o potencial de colaboração com vistas ao fortalecimento das práticas de colaboração e EPS no SUS.

A cibercultura instiga a CdP a se constituir como uma nova modalidade de ocupação do ciberespaço para produção de conhecimento coletivo em saúde, que se caracteriza por uma mudança na relação com o saber que circula na sociedade como um todo. Nela, a tradicional visão da comunicação como uma relação binária entre dois pontos, um ‘emissor’ (ativo) e ‘receptor’ (passivo) da mensagem, é superada para dar lugar a formas de comunicação baseadas na cultura da colaboração e na ativação de redes entre seus membros (Brasil, 2016). Segundo Levy (1999, p. 172), a comunicação *on-line* pela internet atua “[a]o prolongar determinadas capacidades cognitivas humanas (memória, imaginação, percepção), as tecnologias intelectuais com suporte digital redefinem seu alcance, seu significado, e algumas vezes até mesmo sua natureza” apresentando “novas possibilidades de criação coletiva distribuída, aprendizagem cooperativa e colaboração em rede”. Lins (2015) aponta que a abordagem de Levy, que tem tido ampla influência nos estudos dessa área, define a cibercultura a partir daquilo que é produzido pela relação com as tecnologias e o meio de comunicação. Desse modo, a cibercultura e a EPS têm possibilidade de colocar em análise as práticas compartilhadas *on-line* no SUS. Além disso, a discussão sobre o conhecimento aberto e livre também está sob a perspectiva da cibercultura.

A ideia de valorizar a produção do comum promovida pela cibercultura se materializou também na utilização da licença Creative Commons pela CdP. Essa licença explicita uma opção pela produção de conhecimento aberto e livre e, ao assumir essa certificação, a CdP compromete-se a dar os créditos para aqueles que participam da produção de um conhecimento (BY) coletivo, e não privativo. Todo o conteúdo expresso na plataforma tem licença para ser remixado, adaptado ou derivado da obra original desde que não tenha uso comercial (NC)

e utilize a mesma licença (AS), ou seja, também use os mesmos critérios de compartilhamento, reconhecimento da autoria e manutenção do conhecimento aberto e livre. Abaixo o selo que indica esses compromissos assumidos pelos(as) usuários(as) quando aderem à plataforma (Comunidade de Práticas, 2016).

Figura 1. Selo licença Creative Commons



A CdP, juntamente com a Rede HumanizaSUS⁷, órgãos do governo federal e da sociedade civil como o WikiSaúde os Blogueiros em Rede, promoveu, durante o período em que a CdP mobilizava ações de colaboração e EPS, experiências profícuas no campo do ciberativismo para a construção de redes virtuais abertas e democráticas no campo da saúde (Brasil, 2016).

Durante o período de implementação da CdP, também estava em curso a construção da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013). Nela se reconhece a importância dos diferentes saberes para produção de educação e saúde e a necessidade de se construir relações horizontais e estratégias de participação transversais em todo o SUS. Aponta como princípios das práticas educacionais do sistema: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com um projeto democrático popular (PNPES, 2013). Na CdP podemos perceber sua influência no encorajamento dos(as) usuários(as) para que se expressem de forma espontânea e colaborativa, engajando-os na produção de comunicação com demais usuários(as) e promovendo uma horizontalização da relação entre aprender e ensinar. A educação popular em saúde coloca em análise a dicotomização entre quem ensina e quem aprende e busca reconhecer os saberes de todas as pessoas envolvidas na produção de saúde, bem como reconhecer a potência desse tipo de encontro para promover a integralidade em saúde.

A EPS tem consonância com a perspectiva da educação popular e, ademais, busca inserir a dimensão da educação no âmbito do desenvolvimento de trabalhadores

⁷ Endereço eletrônico da Rede Humaniza SUS <http://redehumanizasus.net/>

e trabalhadoras. A EPS coloca em questão o desafio de produzir processos educativos a partir do cotidiano do trabalho, das práticas laborais em curso.

Cabe aqui destacar uma prática dos profissionais da Atenção Básica que também estava sendo consolidada no período de criação da CdP. Por meio da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família foi ampliada a implementação do apoio matricial (Ministério da Saúde, 2010). Esta ferramenta refere-se a uma tecnologia de gestão para suporte assistencial e técnico-pedagógico que naquele momento, foi adotada como *modus operandi* da inserção de outras categorias profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros, nas equipes de saúde da família. O apoio matricial coloca diferentes saberes em relação, buscando produzir e melhorar projetos terapêuticos singulares, além de contribuir para reinventar as práticas profissionais visando o cuidado integral a partir do acolhimento das pessoas envolvidas no cuidado em saúde, convocando-as à prática colaborativa. Entre as atribuições do NASF esta a humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade por meio da ferramenta “apoio”.

O apoio é um método de ativação de redes e coletivos inspirado em tecnologias do campo da gestão e em conceitos e correntes do movimento institucionalista, da psicanálise e da esquizoanálise, entre outras. Fundamenta-se numa prática ético-política em defesa da vida (Oliveira, 2010) para colocar em análise diversas situações cotidianas (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009). Trata-se de uma tecnologia relacional para implementar novos arranjos coletivos que promovam a invenção de uma cultura de satisfação pessoal e profissional segundo Teixeira, Ferigato, Lopes, Matielo, Sardenberg, Silva, Martins & Pedroza (2016). A CdP, ao integrar o método do apoio, busca produzir um imbricamento entre processos de gestão, atenção e educação integrada à proposta do NASF de produzir uma sinergia entre a prática do apoio matricial e da EPS dando visibilidade aos afetos que compõe as relações de cuidado em saúde.

Teixeira et al, (2016) enfatizam que o apoio pode ser exercido desde as relações mediadas pela internet. Na experiência da Rede HumanizaSUS, por exemplo, o “apoio em rede” alinhou-se ao apoio matricial e institucional. Trata-se de cuidar da rede virtual e dos(as) seus(as) usuários(as), oferecer acolhimento e suporte no uso das ferramentas e no fomento de troca de experiências e produção de um saber coletivo na internet. Segundo eles (Teixeira et al, 2016, p. 344),

“para pensar o apoio nesse território virtual, parece-nos particularmente útil um modo de pensar o apoio que o afigure menos como método ou ferramenta, e mais como “função” (em particular, pelo seu potencial de “molecularizar” a noção de apoio, escapando de um registro mais “molar”, enquanto método ou ferramenta)”.

A partir de 2015 a CdP incrementou o fomento de práticas colaborativas por meio de eventos e iniciativas de educação que utilizassem metodologia inspirada na que foi adotada na IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. Cresceram as ações de educação em saúde, entre outras, realizadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na plataforma. Os recursos distribuídos por meio de editais contribuíram para dar visibilidade e reconhecimento para práticas de EPS da CdP incorporando um expressivo aumento de(a) usuários(as) trabalhadores(as) de outros níveis de atenção, bem como de estudantes e educadores(as) de cursos de graduação da área da saúde. Em seguida teremos oportunidade de expor como se deu esse processo visto que ele faz parte da experiência dessa pesquisa.

Nesse período, a CdP também passa a inspirar a construção de outras plataformas colaborativas que envolvem dispositivos de mobilização, gestão, comunicação e EPS, que passaram a ser fomentadas pelo Ministério da Saúde. Como efeito do investimento público na implementação de outras plataformas, a CdP foi perdendo importância quando parte de suas funcionalidades foram passadas para estas outras plataformas, como foi o caso dos cursos colaborativos, que migraram para a Plataforma AVASUS. Após o golpe institucional de 2016, entre as consequências que dele advieram, estes cursos perderam o caráter colaborativo que os caracterizava, passando a seguir a lógica autoinstrucional. Outras funcionalidades que estavam sendo adaptadas e melhoradas para contemplar mais potencialidades de colaboração, inclusive com outras plataformas do SUS, tiveram seus projetos finalizados. Analisaremos a seguir algumas ferramentas associadas à CdP, que tiveram destaque ao longo da pesquisa original (Zamboni de Souza, 2019) pelo papel que consideramos terem desempenhado como produtoras de dispositivos de colaboração e EPS. Acreditamos que elas podem contribuir para a discussão de características que devem ser contempladas pela educação *on-line*, a fim de que suas práticas materializem os princípios do SUS.

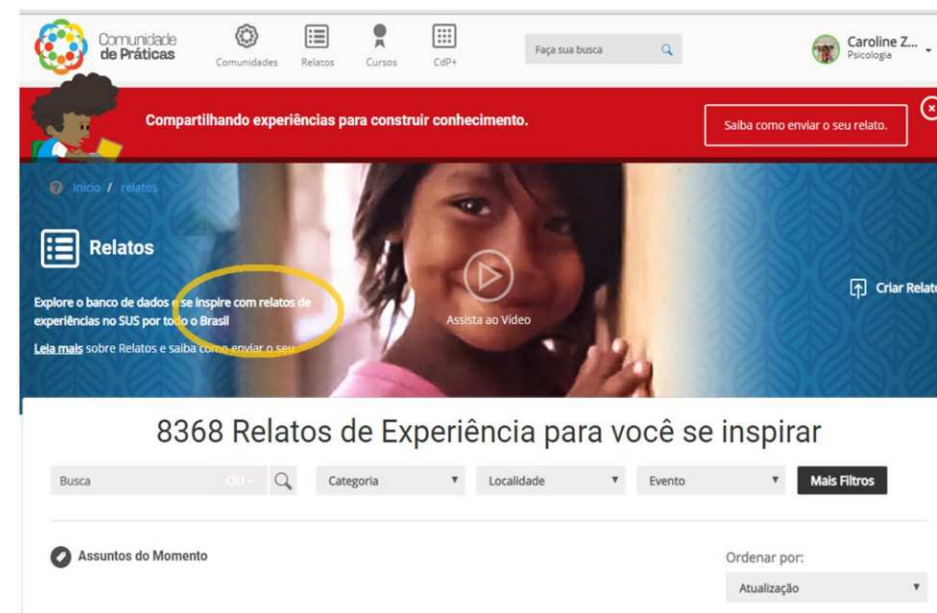
Relatos de Experiência

Os relatos são narrativas textuais e imagéticas (fotos e vídeos) onde se “pretende colocar em evidência o modo como o trabalho é tecido no cotidiano, como os(as) trabalhadores(as), em equipe, produzem o cuidado no dia-a-dia” (Comunidade de Práticas, 2016, p. 2). O valor pedagógico atribuído este tipo de narrativa está em que elas se diferenciam do gênero de outros meios de divulgação da prática profissional (a exemplo dos relatos científicos e artigos encontrados em revistas e anais de congressos). Em geral, estes últimos têm um formato considerado árido, por aqueles que não são parte da academia, e uma linguagem estranha ao cotidiano, distante dos(as) trabalhadores(as). Os relatos, portanto, se aproximam dos objetivos da CdP ao promoverem novos modos de comunicação e, dessa forma, propiciarem estratégias para que essa ferramenta seja acolhedora a diferentes modos de expressão de usuários e usuárias.

Para Walter Benjamin, aquele que narra tem a possibilidade de transformar a experiência pessoal e coletiva em um artefato original com valor de uso compartilhado. O filósofo (Benjamin, 1994, p.220) argumenta que nas narrativas se assentam as práticas da vida, “pois a narração, em seu aspecto sensível, não é de modo algum produto exclusivo da voz. Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos, aprendidos na experiência do trabalho, que sustentam de cem maneiras o fluxo do que é dito”. Portanto, em uma narrativa “[o] contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação” (Benjamin, 1994, p. 203). As narrativas são processos artesanais de construção de saberes. Para Benjamin (1994) as narrativas têm potencial de compartilhamento de ideias e afetos, gerando novos modos de produzir informação.

A cada usuário(a) da CdP, logo na página inicial de acesso aos Relatos de Experiência é feito o convite para se inspirar com ele, como pode ser visto a seguir:

Figura 2. Inspire-se com os Relatos de Experiência.



Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato>

Trata-se de um convite para que cada trabalhador(a) se abra a um encontro virtual com a narrativa de outra pessoa, grupo ou instituição a partir de algum tipo de curiosidade que leve a utilizar a ferramenta. No caso do estudo original (Zamboni de Souza, 2019), a problematização que moveu a primeira autora se deu a partir da curiosidade de saber sobre as experiências de formação de preceptores(as), por exemplo.

Para contribuir com o uso de uma linguagem mais acolhedora e próxima ao contexto de trabalhadores(as) da saúde, a plataforma oferece a quem quiser compartilhar uma prática algumas perguntas disparadoras que servem de ponto de partida para construir o relato, de acordo com os Eventos específicos. As perguntas são customizadas de acordo com a intencionalidade do Evento. Desse modo existe um grupo de questões disparadoras para relatos espontâneos dos(as) trabalhadores(as) postados a qualquer tempo e outras para relatos postados com a finalidade de participar de alguma ação específica mobilizada pela CdP.

Além disso os(as) autores(as) são incentivados por curadores(as) a colocarem em análise a narrativa e ampliarem o uso de uma linguagem acolhedora

e dialógica (Comunidade de Práticas, 2016). Os(as) curadores(as) eram os(as) primeiros(as) a ler os Relatos registrados no ambiente virtual. Após a leitura, faziam contato com o(a) autor(a) por meio de uma ferramenta de mensagens da própria plataforma, a fim de conversar sobre a narrativa e se colocar à disposição para contribuir com a sua revisão. A revisão não envolvia correção, mas um esforço conjunto por potencializar a construção de sentido e comunicabilidade da narrativa original. Os(as) curadores(as) também eram trabalhadores(as) da saúde. Os(as) autores(as) não eram obrigados a acolher as sugestões; a oferta era de colaboração e aprendizagem. A partir dessa troca de ideias pactuava-se o momento da publicação e, a partir daí, os Relatos poderiam ser visualizados por qualquer pessoa que acessasse a plataforma e, potencialmente, comentados por todos(as) os(as) usuários cadastrados na CdP.

Além da interação com os(as) curadores(as) e usuários(as) por meio dos comentários, os relatos de experiência apresentam a avaliação entre pares, onde o(a) leitor(a) pode expressar o quanto gostou da narrativa e das características que ele percebe como mais e menos potentes. A avaliação entre pares se caracteriza por possibilitar que os(as) usuários(as) da CdP venham a expressar a sua opinião sobre o relato, por meio da atribuição de corações, com base em sua identificação, admiração, rejeição etc. Em tese, quanto mais corações, mais positiva a avaliação. Na mesma página onde se lê a narrativa das práticas ficam disponíveis um mapa que localiza a experiência no território nacional, um botão chamado “seguir” que envia, por e-mail, as notificações de modificações realizadas na narrativa e a interação de outros(as) usuários(as) na ferramenta de comentários, assim como sugere relatos que, pelo conteúdo similar, poderiam interessar o(a) leitor(a).

A proposta da CdP era ampliar os processos de colaboração, nunca teve como objetivo ser um repositório de experiência, apesar de também cumprir esse papel. A CdP agregava, no fim da nossa pesquisa em 2019, mais de 8.000 Relatos de Experiência realizadas no SUS, mas já não contava com o fomento das práticas colaborativas. Vamos apresentar a ferramenta Eventos, que promoveu a colaboração entre os(as) autores(as) de Relatos de Experiência que participaram dessas mobilizações.

Eventos

A característica desse ambiente era promover a mobilização dos(as) usuários(as) em torno de uma ação *on-line*. O ambiente virtual de Eventos contribuiu significativamente para mobilizar e ampliar a participação de novos(as) usuários(as) na CdP. A participação em um Evento tinha como ponto de partida a produção e o compartilhamento de um Relato de Experiência. Além disso envolvia a articulação da ação dos(as) curadores(as) e da avaliação entre pares. A IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família foi a experiência precursora que inspirou a criação e utilização desse ambiente. A partir da ferramenta Eventos foram realizadas, entre outras, a Mostra Nacional de Experiências de Educação Permanente em Saúde no Âmbito Federal do SUS, a Seleção de Relatos de Experiência de Combate ao Aedes Aegypti e de Apoio ao Cuidado e Enfrentamento à Microcefalia, Dengue, Chikungunya e ao Zika Vírus (Comunidade de Práticas, 2016).

Nesse artigo vamos analisar duas superfícies de colaboração promovidas pela CdP por meio da ferramenta Eventos: o InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde e o PET-Saúde – GraduaSUS. Daremos mais detalhes sobre como eles aconteceram mais adiante. Acreditamos que, ao colocar em análise essas experiências, podemos contribuir com a produção de práticas colaborativas *on-line* no SUS para promover educação permanente em saúde na perspectiva do fortalecimento e criação de oportunidades para produzir integralidade em saúde.

Cartografia Virtual de Dispositivos de Colaboração e EPS na CdP

A opção pela realização de uma cartografia para pesquisar os processos de colaboração e EPS na CdP deu visibilidade tanto as afecções e ideias produzidas pelos Encontros com os(as) usuários(as) da plataforma, quanto com os meios de comunicação *on-line* mediados pelo computador. Desse modo, foram exploradas múltiplas possibilidades de transitar pela experiência de produção de dados pela e com a web. A prática do “acesso” (Zamboni de Souza, 2019) fez com que a nossa navegação na rede fosse desdobrada e analisada tornando-se uma expressão dos percursos realizados *on-line*. Nesse estudo analisamos alguns dispositivos de colaboração que foram mapeados ao longo da pesquisa.

A cartografia propõe-se a ser um modo de conhecer *em e no* movimento. Assim ela promove uma torção na ideia de construirmos um projeto de pesquisa *a priori* ao que se passa no fazer cotidiano do estudo. Desse modo se constituiu uma proposta metodológica a partir de dois movimentos: as diferentes experiências de atuação com e na CdP. Eles evidenciaram a sua característica rizomática presente tanto na forma como a plataforma promove colaboração e EPS quanto nas vicissitudes de se pesquisar fenômenos que se dão pela experiência *on-line*. A cartografia é um modo de conhecer o rizoma, *em e no* movimento, como mencionamos anteriormente (Deleuze e Guattari, 1995). Esse alinhamento entre o funcionamento da experiência na internet e a construção de um funcionamento rizomático contribuiu sobremaneira para a produção dos dados na pesquisa.

A cartografia teve início com a adesão à proposta político metodológica da CdP, que é facilitar processos de colaboração entre usuários(as). De acordo com a proposta da CdP, facilitadore(as) e /usuários(as) contribuem com a criação de situações de aprendizagem em que possam ocorrer trocas afetivas e significativas entre os(as) participantes. Não se tratam de especialistas em determinado tema, mas pessoas disponíveis a exercitar práticas que promovam uma política de colaboração entre as pessoas que usam a plataforma. Durante o período em que a CdP atuou como plataforma colaborativa houve trabalhadores(as) que ocupavam essa função mobilizadora, mas todos os usuários estavam convidados a exercitá-la. Foram desenvolvidas diferentes estratégias nesse sentido no âmbito da gestão federal⁸ do Ministério da Saúde, e tivemos oportunidade de participar de algumas delas. Essa experiência profissional despertou o interesse de estudar a plataforma, o que se desdobrou na realização desse estudo.

Ao longo da cartografia colocamos o problema da pesquisa em processo de variação conforme recomendam Escóssia e Tedesco (2009) para possibilitarmos a visibilização das linhas de força que compõem a experiência de colaboração e EPS na CdP. Para a realização desse exercício foi fundamental seguirmos as pistas sobre atenção do(a) cartógrafo(a) construídas por Kastrup (2013). Ela propõe quatro movimentos de variação da atenção: rastreio, toque, pouso e reconhecimento atento.

⁸ Endereço eletrônico do curso “Facilitação: promovendo interação em ambientes virtuais de aprendizagem colaborativa”: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=80>

O rastreio foi produzido por acessos na CdP que culminaram na inserção da palavra-chave formação de preceptores na ferramenta de busca⁹ de Relatos de Experiência da plataforma. Foram identificados nesse momento 2.179 Relatos de Experiência. Diante da inviabilidade de cartografar esse amplo universo, fizemos a tentativa de busca usando a expressão “formação de preceptores” (acrescentando as aspas), o que restringiu o universo de possibilidades. Apareceram então os 27 Relatos de Experiência que dispararam um novo modo de acessar a plataforma. Teixeira, ao avaliar a participação da CdP na constituição da IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, disse que ela era “uma alternativa real de se mensurar e cartografar dinamicamente a ação coletiva na Atenção Básica.” (Brasil, 2015, p. XX). O que pudemos perceber a partir do acesso por meio dessas palavras-chave é que a CdP, algum tempo depois dessa mostra, já havia ampliado a sua inserção no SUS e contava com a participação de docentes e estudantes dos cursos da área da saúde, assim como de profissionais que atuavam em outros níveis de atenção à saúde e gestão do SUS.

Realizamos a leitura de todos esses relatos e fomos registrando as afecções e ideias que eles inspiravam. A partir daí, entre outras coisas, identificamos três superfícies de colaboração que a CdP propunha a partir dos Relatos de Experiência que contavam sobre a formação de preceptores(as) no SUS. Essas superfícies de colaboração tratam de uma articulação de ferramentas propostas pela plataforma que criam oportunidades de colaboração na perspectiva potencializar as forças que compõem experiências de EPS, a saber: a) uma superfície onde se encontram Relatos de Experiência que buscam um financiamento para suas ações de EPS, o InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde; b) uma superfície que é construída por Relatos de Experiência que contam sobre o processo de implementação de uma estratégia nacional de mudança nas práticas e nos currículos de graduação em saúde, o PET-Saúde/GraduaSUS; e c) uma superfície onde se encontram relatos de práticas cotidianas variadas dos(as) trabalhadores(as). Nesse capítulo nos debruçamos sobre as duas primeiras superfícies.

⁹ Em 2015, quando teve início o processo de pesquisa, estava em vigor a Lei nº 12.871, referente ao Programa Mais Médicos e à implementação do COAPES para construção de contratos organizativos entre os setores de educação e saúde para a formação de trabalhadores — as recém criadas DCNs para o curso de Medicina e a proposta de universalização da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Entre as importantes metas de educação no SUS, constava a formação de 10 mil preceptores(as) até 2018 (Brasil, 2015). Escolhi dar início ao estudo conhecendo o que havia na CdP sobre formação de preceptores(as).

Foram sendo criadas ao longo da cartografia diferentes ferramentas de registro dos acessos a esses Relatos de Experiência e suas superfícies de colaboração. Dois deles tiveram importância primordial para possibilitar a construção da análise das linhas de força que geraram o mapeamento e a vivência dos dispositivos de colaboração e EPS: a coleção de Relatos de Experiência no Google+® onde foram registrados os efeitos dos Encontros e as produções de ZDP ao longo da cartografia, e também a planilha de acompanhamento da comunicação com os(as) autores(as) dos Relatos de Experiência. Teremos oportunidade de aprofundar a apresentação da coleção de Relatos de Experiência no Google+® mais adiante, visto que ela também se configurou como uma ferramenta de colaboração produzida ao longo da cartografia e compartilhada com os(as) autores(as) das experiências que inspiraram a sua formulação. Também cabe destacar que outras duas ferramentas foram usadas para a pesquisa como um todo: a) as cópias dos relatos e da interação com os(as) participantes, visto que durante o estudo a plataforma passou a ter um funcionamento intermitente. Houve diferentes momentos em que ela ficou fora do ar; b) a produção de um Relato de Experiência da pesquisa que foi postado na CdP e procurou colocar em regime de compartilhamento as produções realizadas (Zamboni de Souza, 2019). As estratégias de registro permitiram que fossem explicitadas as superfícies de colaboração e analisados seus dispositivos de colaboração e EPS. Desse modo colocamos o que compreendemos por dispositivo e como procedemos em sua análise.

Os dispositivos são constituídos de diferentes linhas de força. Deleuze (1996) diz que eles são como meadas ou novelos compostos por um emaranhado dessas linhas. Elas se relacionam entre si: afastando-se, aproximando-se, quebrando-se e derivando-se em diferentes direções. “Desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar... [As linhas] não se detêm apenas na composição de um dispositivo, mas atravessam-no, conduzem-no, do norte ao sul, de leste a oeste, em diagonal” (Deleuze, 1996, p.1). Para Kastrup e Barros (2009, p.79) “o trabalho do pesquisador, do cartógrafo, se dá no desembaraçamento das linhas que o compõe” – linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação”.

Para Deleuze é caro destacar que o dispositivo está orientado a novidade e não a manutenção, a eternidade:

“...ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro, a menos que se dê um enfraquecimento da força nas linhas mais duras, mais rígidas, ou sólidas. E, na medida em que se livrem das dimensões do saber e do poder, as linhas de subjetivação parecem ser particularmente capazes de traçar caminhos de criação, que não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo” (Deleuze, 1996, p. 3).

Propõe que, ao colocarmos um dispositivo em análise, distingamos “...o que somos (o que não seremos mais) e aquilo que somos em devir [...] Não é prever, mas estar atento ao desconhecido que bate à porta” (Deleuze, 1996, p. 4) daquilo que aparece como força potencial. Para analisar os dispositivos de colaboração e EPS na CdP, promovemos uma análise das forças que compuseram a experiência cartográfica na plataforma.

Dispositivos de Colaboração e EPS nas Superfícies da CdP

A partir da análise dos acessos aos Relatos de Experiência que apareceram na busca realizada na plataforma com a palavra-chave “formação de preceptores” encontramos diferentes vetores de força, onde identificamos três superfícies de produção de Relatos de Experiência. Percebemos que duas delas estavam atreladas a ações indutoras da gestão federal que haviam sido mobilizadas por meio da ferramenta Eventos da CdP. Essas superfícies explicitam a força molar, da esfera federal, para fomentar a produção de práticas colaborativas e de EPS a partir das tecnologias da informação e da comunicação *on-line*.

A partir de agora vamos apresentar essas duas superfícies vivenciadas na cartografia da seguinte maneira: inicialmente descrevemos a superfície de colaboração, posteriormente contamos como ela emergiu na cartografia e apresentamos as potencialidades vivenciadas para atuarem como dispositivos de colaboração e EPS.

Superfície de colaboração PET-Saúde/GraduaSUS

O Programa de Educação Tutorial da Saúde (PET-Saúde) é um instrumento para viabilizar ações de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde constituído intersetorialmente pelo Ministério da

Saúde e Ministério da Educação em 2008 (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802/2008). O PET-Saúde tem como objetivo

“ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS” (PET-Saúde, 2017, parágrafo 1).

O PET-Saúde foi criado no bojo de adequação de políticas, programas e projetos às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, e buscava articular as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e as necessidades do SUS (Passarela, 2013). Integram os grupos tutoriais instituições de ensino superior públicas e privadas sem fins lucrativos, secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde selecionadas por meio de editais (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802). O PET prevê o pagamento de três tipos de bolsas para seus integrantes, a saber: a) iniciação ao trabalho, para estudantes de graduação da área da saúde; b) tutoria acadêmica para docentes; e c) preceptorial para profissionais de saúde do SUS (PET-Saúde, 2017, parágrafo 2).

Em relação às modalidades de financiamento de ações de educação na saúde, Passarela argumenta que o

“PET-Saúde representou uma inovação para o Ministério da Saúde, ao estabelecer um mecanismo para pagamento direto de bolsas. Até então, os instrumentos disponíveis para repasse de recursos eram restritos ao estabelecimento de convênios e cartas-acordo via OPAS/OMS e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), e à descentralização de recursos entre órgãos federais, por meio de repasses financeiros do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, vinculados às Secretarias de Saúde” (Passarela, 2013, p. 63).

Apesar da inovação em termos de financiamento por meio do pagamento de bolsas, dois Relatos de Experiência analisados na pesquisa apontam para algumas limitações do modelo. A primeira se refere ao limite do número de participantes envolvidos, o que faz com que a experiência de integração ensino-serviço-comunidade seja restrita a um grupo pequeno de pessoas, conforme narra o relato “Por uma Política Municipal de Integração Ensino Serviço Comunidade no Município de Blumenau-SC”:

“Embora a experiência vivenciada nos grupos Pro [e] PET-Saúde possa ser considerada exitosa em muitos aspectos, seu alcance se limitou a um grupo de discentes, docentes e profissionais de saúde relativamente pequeno, em atendimento aos editais que apresentavam limitação de participantes [...]”

A segunda analisa a dinâmica de distribuição de bolsas. A autora relata que a bolsa pode facilitar a implementação do PET, visto que o programa exige uma série de ações que transcendem o fazer cotidiano dos envolvidos, “*mas os atrasos no pagamento provocam um movimento negativo nas atividades, principalmente por parte dos estudantes bolsistas que fazem grandes deslocamentos para o campo onde são realizadas as atividades [...]*” (2º Momento Avaliativo do Projeto PET-Saúde GraduaSUS Vila Velha). Outra dificuldade é a luta dos(as) profissionais pela bolsa, que por vezes explicita “*salários baixos ou defasados que servem de gatilho para disputa das Bolsas como complementação salarial*” (2º Momento Avaliativo do Projeto PET-Saúde GraduaSUS Vila Velha). Os salários precários, a falta de planos de carreira, projetos de desenvolvimento e valorização profissional ao longo da vida laboral (Passarela, 2013).

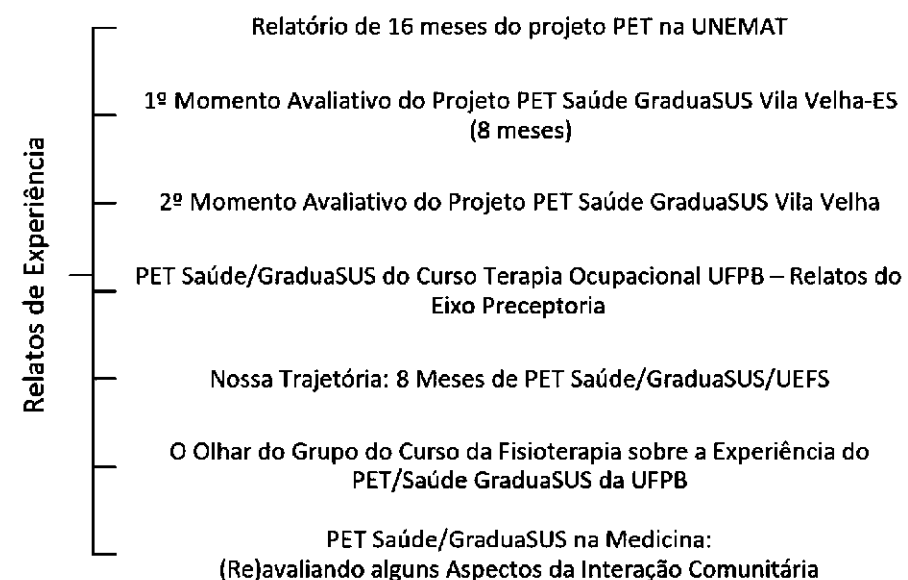
Neste estudo, entrei em contato com uma estratégia específica do programa: o PET-Saúde/GraduaSUS, que caracterizou a sua oitava edição. Os editais anteriores abordaram a Estratégia Saúde da Família, a Saúde Mental, a Vigilância em Saúde e as Redes de Atenção, por exemplo a edição posterior, em 2018, tratou da interprofissionalidade. Desse modo, vamos conhecer um pouco mais das proposições dessa oitava edição — que, segundo França, Magnago, Santos, Belisário e Silva (2018), traz algumas proposições diversas das demais, entre elas a participação da CdP no processo de monitoramento das ações financiadas.

PET-Saúde/GraduaSUS

Em outubro de 2015, foi lançado o edital referente ao PET-Saúde/GraduaSUS, que visava promover o alinhamento dos cursos de graduação na área da saúde às DCNs, bem como a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade. Naquele momento, as DCN dos cursos de medicina tinham sido recentemente aprovadas, e compunham como o Programa Mais Médicos, uma estratégia de expansão desses cursos no país. Nessa edição as instituições precisaram envolver os cursos de medicina na composição dos grupos tutoriais, bem como desenvolver propostas que levassem em conta os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que também estavam sendo estimulados pelo Ministério da Saúde no período. Outra característica importante destacada por França et al (2018) que diferencia essa edição das demais é a necessidade de ter ações que promovessem a formação de docentes e preceptores. O PET-Saúde/GraduaSUS contou com 5.807 participantes nos grupos tutoriais, entre estudantes, tutores(as) e preceptores(as). Os projetos foram implementados entre maio de 2016 e março de 2018 (PET-Saúde, 2017).

O PET-Saúde/GraduaSUS constitui-se como uma das superfícies de colaboração da CdP que emergiu na cartografia em função das linhas de força que o constituíram como estratégia de indução do Ministério da Saúde para promover a formação de preceptores, como pontuamos anteriormente. O edital previa o *“desenvolvimento da docência e da preceptoría na saúde articulada às necessidades do SUS, com vistas a promover a formação de docentes e preceptores(as) para a conformação do ensino às necessidades do SUS e a mudança das metodologias de ensino aprendizagem”*. Identificamos inicialmente sete Relatos de Experiências de grupos tutoriais do PET, veja a seguir:

Figura 4. Relatos de Experiência identificados na superfície de colaboração PET-Saúde/GraduaSUS



A partir do Encontro com esses relatos e da identificação da superfície de colaboração PET-Saúde/GraduaSUS na CdP buscamos conhecer com maior profundidade a proposta do edital e lá encontramos a proposta de monitoramento das ações. Entre outras atividades, os grupos se comprometiam a postar Relatos de Experiência na CdP ao longo da execução do projeto: um no oitavo mês, outro no décimo sexto e por fim um no vigésimo quarto mês da experiência, aproximadamente um a cada seis meses (Brasil, 2015, p. 126).

O fato de o edital propor que os grupos contassem sobre o desenrolar das experiências financiadas em três momentos da realização do projeto produziu uma ampliação do contato com as experiências narradas na CdP. Permitiu o acompanhamento de uma trajetória de desenvolvimento de uma prática. O Encontro com os relatos selecionados pela busca com a palavra-chave “formação de preceptores” se expandiu e permitiu que novas buscas fossem feitas na plataforma. Essas buscas permitiram tanto o Encontro com narrativas da mesma experiência em tempos históricos diferentes quanto com relatos de outros grupos PET-Saúde da mesma instituição. O fato de haver diferentes relatos sobre uma mesma prática trouxe complexidade para a construção de um entendimento sobre as experiências.

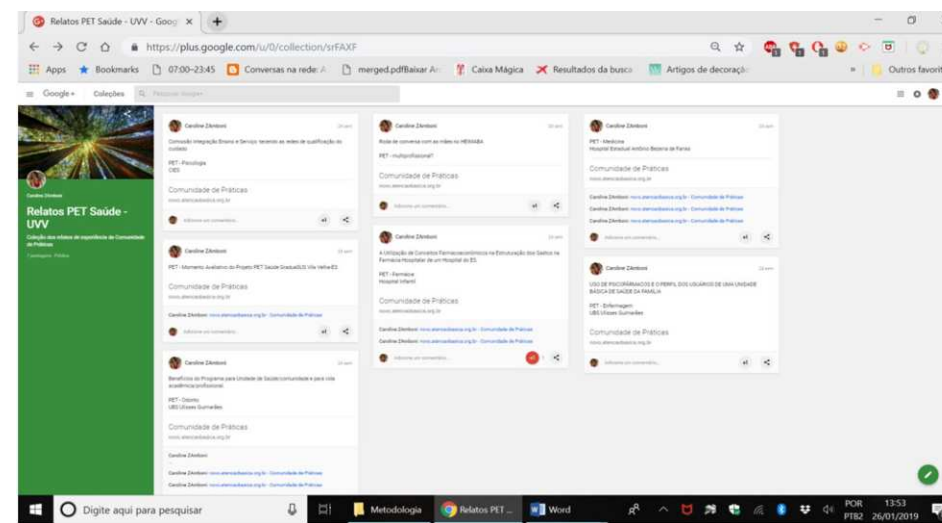
Temos como exemplo dessa amplificação das possibilidades de colaboração a experiência vivida com o relato Nossa Trajetória: 8 Meses de PET-Saúde/GraduaSUS/UEFS. Ao longo do relato, os(as) autores(as) dão uma dica sobre a experiência de formação de tutores que estão desenvolvendo na instituição ao apontar o relato “Papel do tutor no PET-Saúde/GraduaSUS da UEFS”. A partir dessa dica, procuramos o relato na plataforma e encontramos um trabalho que propõe atribuições para a prática dos(as) tutores(as) que são os(as) docentes das universidades, alinhadas às propostas do PET-Saúde.

Também ampliamos a nossa zona de contato com Relatos de Experiência a partir da indicação dos(as) autores(as), por meio da ferramenta de comentários que a CdP propunha. Mesmo com os problemas na ferramenta de notificação dos(as) autores(as) sobre a presença de novos comentários nos seus Relatos de Experiência, que se estenderam e se agravaram durante o período da pesquisa, conseguimos estabelecer algumas comunicações. A indicação de uma autora para a leitura da narrativa sobre o segundo momento avaliativo do PET-Saúde/GraduaSUS do Curso Terapia Ocupacional UFPB – Relatos do Eixo Preceptorial possibilitou acompanhar a trajetória do processo de formação proposto, os conflitos e impasses vividos por trabalhadores e estudantes. A partir da dica de outra autora da cidade de Vila Velha, tivemos a oportunidade de conhecer todos os relatos dos grupos que faziam parte do PET-Saúde na região metropolitana de Vitória-ES. Entre eles, destacamos o Encontro com o relato denominado Comissão Integração Ensino e Serviço: Tecendo as Redes de Qualificação do Cuidado, que envolvia a prática de psicólogos(as) e repercutiu na produção de uma variação do problema de pesquisa e prática cartográfica.

A partir dessas experiências, desenvolvemos uma ferramenta para gerir a expansão dos Encontros com os relatos. Por meio da ferramenta Coleção no Google+® criamos agrupamentos dessas narrativas a partir das relações que percebíamos entre os grupos tutoriais. Compartilhamos com uma das autoras a nossa ferramenta de gestão por meio da ferramenta de comentários da CdP postando o link com o endereço da coleção de Relatos de Experiência da sua instituição. Nela aparecem todos os grupos que compõem a experiência do PET em uma instituição e os relatos produzidos por cada um nos diferentes momentos da implementação do projeto.

Desse modo temos a relação amplificada, pois é possível desenvolver o contato com a prática de educação na saúde que está em curso no território onde esses grupos atuam.

Figura 5. Coleção de Relatos de Experiência



O deslocamento produzido pelos Encontros com os relatos do PET-Saúde/GraduaSUS explicita tanto o potencial que as ferramentas da CdP têm para atuar como dispositivos de colaboração e de EPS quanto suas precariedades. Cabe aqui destacar que a dificuldade de comunicação com os(as) autores em função da precarização da funcionalidade da ferramenta de notificação desidratou os movimentos de produção de ZDP. Porém com os relatos do PET-Saúde/GraduaSUS tivemos a nossa potência de agir aumentada quando tivemos a oportunidade de acompanhar a experiência em seu desenvolvimento. Acreditamos, portanto, que a criação de uma ferramenta de ligação entre os relatos conforme a Coleção no Google+® poderia potencializar plataformas de colaboração que se propõem a fomentar a EPS.

InovaSUS

Assim como PET-Saúde, o InovaSUS trata de uma ação que tinha edições anteriores a que vamos apresentar aqui. Ela teve início no ano de 2011 quando o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/

SGTES/MS) instituiu o Prêmio InovaSUS para “identificar, reconhecer, valorizar e potencializar práticas inovadoras na Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. São premiadas experiências exitosas que se tornam referência para práticas de gestão do trabalho (OPAS/OMS, & Ministério da Saúde, 2015). Em 2015, houve duas versões do prêmio, uma dedicada à gestão do trabalho e outra à gestão da educação na saúde. Como só emergiram da cartografia relatos ligados ao edital InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde, apresentaremos o que caracterizou esse edital.

InovaSUS 2015 – Gestão da Educação na Saúde.

O edital foi lançado por meio de uma parceria entre o MS e a OPAS. Foi destinado às secretarias de saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, aos consórcios públicos municipais, às fundações públicas municipais, estaduais e federais de saúde no âmbito do SUS e a instituições de ensino públicas e privadas sem fins lucrativos. Tinha como objetivo contribuir com o financiamento de projetos que procurassem trabalhar com desafios locais no campo da educação na saúde a partir de ideias inovadoras (OPAS/OMS, & Ministério da Saúde, 2015).

O edital contou com duas modalidades de inscrição: Educação Permanente em Saúde para o SUS e Integração Ensino-Serviço-Comunidade. A primeira, que pode ser vista a seguir, buscava congrega experiências em torno de cinco eixos:

- A. Análise e mudança do processo de trabalho das equipes de saúde da gestão e da atenção do SUS;
- B. Compartilhamento de saberes e construção de redes colaborativas;
- C. Ações educacionais voltadas à qualificação dos(as) trabalhadores(as) e formação de preceptores;
- D. Reconhecimento da dimensão educativa do trabalho nos processos de certificação pelas instituições de ensino;
- E. Material pedagógico produzido em conjunto entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Na segunda modalidade, Integração Ensino-Serviço-Comunidade, exigia-se o envolvimento de um curso de medicina entre os proponentes. Conforme tratamos anteriormente, nesse período havia um compromisso importante do MS em fomentar

a implementação das DCN do curso de medicina e o fortalecimento das estratégias de contratualização do COAPES. Essa modalidade expressava claramente esses eixos.

Diferentemente do PET, que não teve a inscrição das propostas operacionalizada pela CdP e sim parte das atividades de monitoramento da execução dos projetos o InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde usufruiu da ferramenta Evento da CdP que viabilizou a inscrição das propostas no formato de Relato de Experiência. Desse modo participaram da cartografia tanto projetos que obtiveram o financiamento do edital quanto projetos que não obtiveram.

Este edital apresentou alguns diferenciais em relação a outras experiências de financiamento de projetos de EPS e Integração Ensino-Serviço-Comunidade do MS com apoio da OPAS/OMS. Esses diferenciais podem ser observados tanto na submissão das propostas quanto no processo seletivo dos projetos, que contou com a participação de todos aqueles que se inscreveram. Ele propunha que, por meio das ferramentas de colaboração da CdP, se instaurasse tanto um processo seletivo quando práticas de colaboração e fomento de EPS.

Os projetos foram submetidos à avaliação inscrevendo um Relato de Experiência por meio da plataforma, que apresentou um grupo de perguntas disparadoras específicas para essa finalidade visto que se tratava de um projeto e desse modo precisaria inserir questões que em geral não se fazem presentes quando a intencionalidade é narrar uma experiência. Após a inscrição, foi ofertada uma curadoria para que os(as) autores(as) tivessem a oportunidade de debater suas ideias e aperfeiçoar os projetos. A curadoria atuou nesse caso com atribuições específicas além das já preconizadas para essa prática na CdP, conforme vimos anteriormente. Ela também atuou promovendo a adequação das propostas às exigências do edital, procurando democratizar a participação no processo seletivo por meio do apoio a organizações que não costumam participar dessa avaliação.

Somente após a etapa de curadoria, que não era obrigatória, mas se constituía como oferta de colaboração, foi verificado o cumprimento das exigências do edital e realizada a homologação dos projetos e publicização na plataforma (OPAS/OMS & Ministério da Saúde, 2015), o que significa que o processo passou a ser público e que qualquer pessoa que acessasse a CdP poderia conhecer os projetos participantes do edital.

O percurso seletivo do processo propunha-se a mobilizar processos de colaboração e EPS a partir da curadoria, como acabamos de contar, e também da avaliação entre pares. A avaliação entre pares foi uma etapa obrigatória. Para cada trabalho inscrito, o autor principal (usuário cadastrado na Comunidade de Práticas) avaliou 05 (cinco) outros trabalhos inscritos “[...] que não estavam concorrendo com o seu” (OPAS/OMS & Ministério da Saúde, 2015, p. 5). Visto que a distribuição dos recursos se dava por região do país¹⁰, os(as) autores(as) avaliaram trabalhos de regiões do país diferentes da sua. Os 20 trabalhos mais bem classificados nessa etapa de avaliação entre pares, em cada região e modalidade proposta no edital, seguiram para uma segunda etapa avaliativa a fim de que fossem selecionados os 41 projetos que seriam financiados (OPAS/OMS & Ministério da Saúde, 2015).

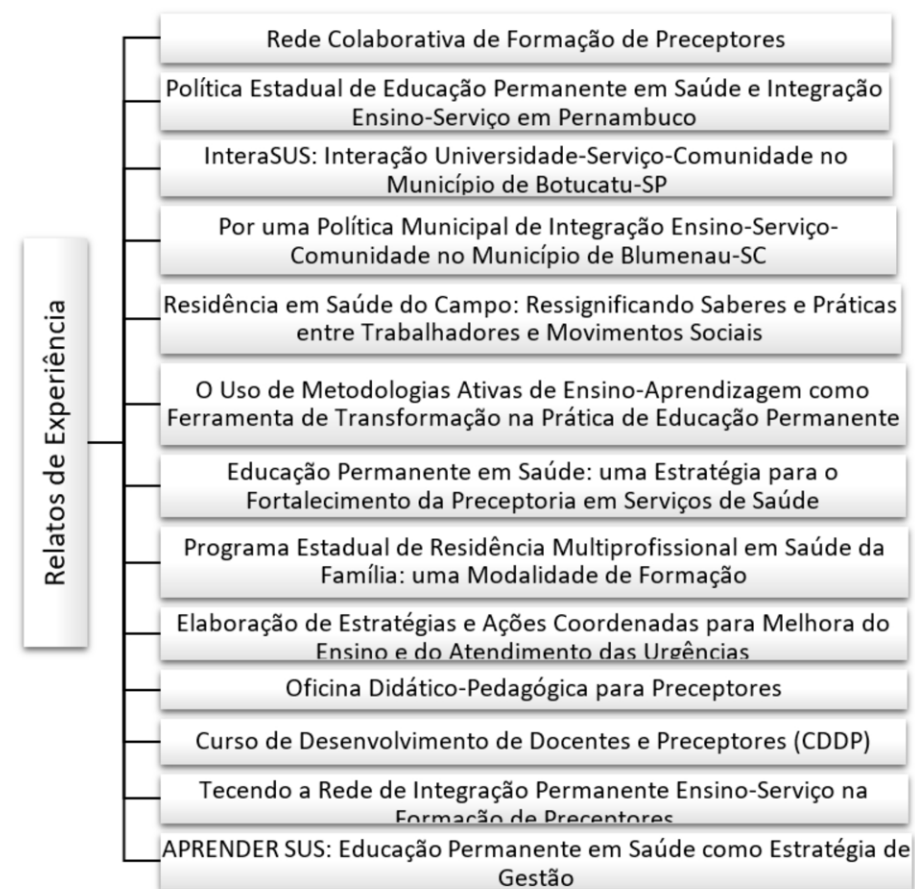
As propostas receberam recursos entre R\$ 60.000,00 e R\$ 130.000,00, por meio de Carta-Acordo com a OPAS/OMS. A previsão de realização das ações variou conforme a data da assinatura da Carta-Acordo de cada uma, mas aconteceu em torno de 2017 e 2018¹¹. A partir da seleção foram definidos com os(as) autores(as) do projeto, três eixos temáticos para a colaboração entre eles e o monitoramento da execução, a saber: Integração Ensino-Serviço-Comunidade e Formação de Preceptores; Produção de Conhecimento pelo Cotidiano do Trabalho; e Gestão de Políticas e Redes de Cuidado no Território (Marcolino, 2017a). A construção desses eixos foi feita e exercitada em um evento presencial que reuniu os(as) autores(as) das experiências e os profissionais responsáveis pela prestação de contas do recurso financeiro recebido.

Dos 27 Relatos de Experiência selecionados na busca feita na CdP, 15 foram produzidos com o intuito de participar da seleção InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde. O fato de mais da metade dos Relatos estarem ligados a essa ação contribuiu para percebermos a existência dessa superfície de colaboração e nos empenhássemos dar visibilidade para o que a constituía. Abaixo listamos os títulos dos projetos analisados nessa superfície:

10 Seis na Região Norte; Cinco na Região Nordeste; seis na Região Centro-Oeste; doze na Região Sudeste; e oito na Região Sul (OPAS/OMS & Ministério da Saúde, 2015). Nas regiões Norte e Centro-Oeste, houve um número de submissões inferior à disponibilidade do edital, o que ocasionou que 38 projetos fossem selecionados entre as 196 experiências homologadas para participação.

11 Os projetos selecionados podem ser encontrados no livro InovaSUS 2015 – Gestão da Educação na Saúde que está disponível no endereço <https://online.fliphtml5.com/nyoyw/etki/#p=1>

Figura 6. Relatos de Experiência identificados na superfície de colaboração InovaSUS — Gestão da Educação na Saúde.



A partir do Encontro com esses projetos percebemos o potencial das perguntas disparadoras propostas pela CdP para promover o registro de práticas de EPS e ativar processos de colaboração. A postagem de Relatos de Experiência na plataforma não exige que os(as) autores respondam obrigatoriamente a esses questionamentos; eles são uma oferta para contribuir com a comunicação da prática dos(as) trabalhadores. Porém, quando se trata de um Evento que envolve um processo seletivo, como o InovaSUS, essa proposta é modificada. O *layout* da página virtual permanece o mesmo, mas as perguntas disparadoras são diferentes. Essa mudança de lógica de narração não fica evidente para o(a) usuário(a) inicialmente;

há que experimentar as diferentes superfícies de colaboração da CdP para percebê-la. Atentamos para a análise desse recurso a partir do Encontro com esse grupo de relatos que tratam de projetos de EPS e integração ensino-serviço-comunidade. §

A partir dos acessos aos projetos do InovaSUS — Gestão da Educação na Saúde percebe-se que as respostas à pergunta disparadora “*o que te motivou? De onde veio essa ideia?*” apresentaram variações significativas sobre o modo como autores(as) dos projetos se colocavam em relação à própria experiência vivida. Vejamos o exemplo abaixo:

Pergunta disparadora proposta pela CdP: O que te motivou? De onde veio essa ideia?

Resposta dos autores(as) do projeto Rede Colaborativa de Formação de Preceptores: O que motivou a construção desse projeto foi a necessidade de preceptores qualificados em serviço para apoiar a formação de trabalhadores para o SUS acompanhando residentes e fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade. Isso tudo aliado à percepção de que faltam iniciativas relacionadas à formação de preceptores no âmbito do município do Rio de Janeiro.

A experiência dos proponentes desse projeto, ao longo do ano de 2015, na preceptoria de residência de saúde mental na Atenção Básica proporcionou a identificação da problemática citada acima e impulsionou a criação de metodologias de trabalho que respondessem a essas demandas. A partir de uma construção colaborativa de um espaço de Educação Permanente em Saúde entre preceptores, residentes e gestor local, foi possível acompanhar as atividades no território, o papel do preceptor e do residente no serviço e, inclusive, (re)pensar coletivamente os próprios projetos políticos-pedagógicos do programa [...]. A metodologia desenvolvida ao longo do processo de acompanhamento dos residentes foi compreendida, através da avaliação de seus participantes, como dispositivo formador na lógica da aprendizagem significativa e colaborativa, especialmente para os preceptores envolvidos [...].

Percebemos que essa pergunta atuou como um dispositivo que ajudou a dar visibilidade a processos de EPS no trabalho em saúde apontando para um movimento em direção a autoanálise.

A autoanálise é o processo de visibilização e compreensão dos coletivos sobre suas necessidades e potenciais, bem como sobre o jogo de forças que produz uma prática. “Esse saber se acha em geral apagado, desqualificado e subordinado pelos saberes científicos-disciplinares que operam com critérios de Verdade e Eficiência” (Baramblitt, 2002, p. 139). A autoanálise é um dos processos constituintes da EPS, uma vez que possibilita que a própria pessoa ou o próprio grupo explicita sua trajetória de desenvolvimento que integra momentos de aumento e diminuição de potência de agir. Ao integrar dimensões afetivas e cognitivas, narrar sucessos, percalços e conflitos, aproximamos o registro do cotidiano desafiador das práticas de produção de educação e saúde no SUS. Além disso, a colaboração se beneficia do compartilhamento de situações problema, como vimos anteriormente. Ao colocar em análise e/ou problematizar o modo como as práticas em educação e saúde se constituem, o(a) narrador(a) faz instigar o olhar para o processo de construção da experiência, e não somente para seu produto, apresentando a prática como movimento e não como algo estático. Acreditamos, portanto, que estratégias de colaboração *on-line* poderiam se beneficiar de indagações como “o que te motivou?” e “De onde vem essa experiência?” quando se pretende prover processos de EPS.

Tanto a superfície de colaboração do PET-Saúde como a do InovaSUS utilizaram a ferramenta de avaliação entre pares. O primeiro fez uso como parte do monitoramento, produzindo um dispositivo de colaboração e EPS por meio da avaliação participativa da implementação dos projetos selecionados. Já o segundo utilizou a ferramenta para promover a avaliação participativa da seleção dos projetos a serem financiados. Esse dispositivo tem potencial para ampliar a colaboração dos(as) usuários(as) da plataforma nas atividades mobilizadas por meio dela. Além disso, ao propor estratégias de avaliação que estão inseridas em atividades em que os(as) autores(as) dos relatos já têm algum tipo de compartilhamento de sentido, nesse caso, partir de um mesmo projeto potencializa a perspectiva de que os processos de colaboração promovam Encontros e ZDP convergentes com a experiência da EPS.

Considerações Finais

Destacamos anteriormente que a CdP foi criada como uma estratégia de colaboração entre trabalhadores(as) da Atenção Básica que posteriormente ganha

amplitude, passando a congregar profissionais de diferentes níveis de atenção, estudantes, docentes dos cursos da saúde e gestores(as). Também vimos que a cibercultura, a educação popular em saúde, a prática do apoio e EPS são apontados como inspiradores do seu Projeto Político Metodológico. Suas ferramentas foram se desenvolvendo a partir dessas bases. Propusemos uma compreensão de EPS e colaboração a partir da experiência que vivenciamos na plataforma. Apresentamos duas ferramentas de colaboração que fizeram parte do estudo e analisamos duas superfícies de colaboração promovidas por elas: o PET-Saúde/GraduaSUS e o InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde, onde narramos os dispositivos de colaboração e EPS vivenciados na cartografia.

Cabe destacar que o período em que essa pesquisa aconteceu foi marcado por importantes rupturas no âmbito das políticas públicas. Ao longo do estudo vivenciamos o golpe institucional, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que congela os gastos públicos por vinte anos. Também vimos uma intensificação do cerceamento aos direitos humanos. Explicitou-se a profunda confusão entre o que é opinião, argumento e violação da democracia. Diante de um período bastante sombrio, marcado por profundos retrocessos na seguridade social, somos assolados pela pandemia da Covid-19, que está produzindo intensas modulações no nosso modo de vida e denunciando a importância de fortalecermos o SUS e seus princípios.

Vivemos o momento mais crítico da história do SUS e precisamos falar sobre os processos de formação para produzirmos o sistema que precisamos para defender e garantir a vida. O movimento de criação de dispositivos de colaboração nas ofertas de educação *on-line* do Ministério da Saúde foram frustrados no âmbito das políticas públicas do SUS nos últimos anos. A aposta em práticas colaborativas para produção de EPS na perspectiva do fortalecimento da integralidade não tem lugar em governos autoritários. O avanço das forças conservadoras na sociedade, tanto em âmbito nacional quanto mundial, fazem com que ferramentas como essa percam espaço. Porém, nesse momento há uma ocupação dos ambientes *on-line* acelerada e intensificada pelas forças que foram ativadas com a instalação da pandemia. Temos uma nova brecha para provocar esse debate.

Vemos se proliferarem ofertas de atendimentos psicológicos e de apoio psicossocial *on-line*. Diferentes práticas de telemedicina passam a ter regulamentação. Educadores(as) são convocados(as) a inserir as práticas *on-line*

no seu cotidiano de trabalho. Nesse texto compartilhamos algumas aprendizagens sobre os dispositivos de colaboração *on-line* propostos pela CdP com vista a registrar uma experiência vivenciada no âmbito da gestão federal da educação na saúde que pode contribuir com a prática dos(as) trabalhadores(as) da saúde, docentes, estudantes e gestores(as) pela mobilização de práticas de EPS. Acreditamos que é desde essa perspectiva de fortalecimento de uma cultura de colaboração, seja *on-line* ou seja presencial, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde precisa ser fomentada.

Ao longo do estudo tivemos uma imensa dificuldade de estabelecer a comunicação com outros(as) usuários(as) da plataforma. As funcionalidades de notificação de acontecimentos na CdP, a ausência de retorno do serviço de ajuda e a falta de suporte para facilitar o processo de interação destacam-se como elementos que dificultam seu uso e nos ensinam o quanto são relevantes para promover dispositivos de colaboração na perspectiva da EPS. Mesmo com a precariedade de funcionamento e gestão da CdP, acreditamos que a partir da experiência cartográfica pudemos registrar pontos significativos a serem considerados no fomento desse tipo de plataforma *on-line*.

A CdP apresentou possibilidades de compartilhar tarefas com os(as) trabalhadores(as) que, em geral, são centralizadas nos(as) gestores(as), como processos de avaliação e seleção de projetos a serem financiados. Fica a sugestão de avançarmos nos estudos que permitam que esses dispositivos de colaboração também ampliem e transversalizem a gestão desde uma lógica colaborativa envolvendo seus(as) usuários(as) e as diferentes esferas de organização do SUS. Cabe destacar o papel que o âmbito federal tem na agregação de recursos para viabilização desse tipo de proposta nacional. Uma plataforma de colaboração como a CdP precisa de uma gestão que transcenda um governo, precisa ser um projeto de gestão participativo a serviço do fortalecimento da rede SUS escola.

Referências

- Abilio, L.C. (2019). Uberização: Do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*, 18(3), 41-51. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>
- Alcofado, M. [TEDxExposição] (2019). **A colaboração vai nos matar** [vídeo]. Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=NQ0-HCusfDY>

- Amador, F.S. (2017). Psicologia, Trabalho e Gestão? **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 69(2), 21-33. Recuperado em 30 de junho de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Andrade, R. S. de, Caldas, L. B. S. do N., Falcão, M. L. P., & Goês, P. S. A. de. (2016). Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, 14(2). Recuperados em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00108.pdf>
- Baremblyt, G. F. (2002). **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. (5. ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari e Record.
- Benjamin, W. (1994). O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin, W. **Magia e técnica, arte e política. Obras escolhidas**. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Departamento de Atenção Básica. **Memorial da IV Mostra de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2015). *Edital n. 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Pet-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017*. Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital->
- Cavalcanti, F. O. L. (2015). **Educação Permanente em Saúde: entre o passado e o futuro** (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ceccim R.B., Bravin F.P., Santos A.A. (2009) Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**. 28; 159-180.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 975-986. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>
- Ceccim, R.B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun.
- Comunidade de Práticas. (2016). **Projeto Político Metodológico da Comunidade de Práticas**. Manuscrito não publicado.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. (A. G. Neto & C. P. Costa, trad.). (Volume 1). São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. (A. G. Neto & C. P. Costa, trad.). (Volume 3). São Paulo: Ed. 34.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016.
- Escóssia, L.; Tedesco, S. (2009). O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. p. 92-108.
- Espinosa, B. (1677/2011). *Ética*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Fino, C. N. (2001). Vigotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP): três implicações pedagógicas. **Revista Portuguesa de Educação**, 14(2), 273-291.
- França, T., Magnago, C., Santos, M. R., Belisário, S. A., & Silva, C. B. G. (2018). PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**, 42(spe2), 286-301. Recuperada de: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s220>
- Gigante, R. L., & Campos, G. W. de S. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, 14(3), 747-763.
- Marcolino, F. (2017a, 21 fev.). Ministério da Saúde lança livro e minidocumentário do InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde [post de blog]. **Blog Amostrado da Comunidade de Práticas**. Recuperado de: <https://blog.atencaobasica.org.br/2017/02/21/ministerio-da-saude-lanca-livro-e-minidocumentario-do-inovasus-gestao-da-educacao-na-saude/>
- Kastrup, V. (2009). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. p. 32-51.
- Kastrup, V.; Barros, R.B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.76-91.
- Lévy, P. (1999). **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34.
- Lins, G.S. (2015). A tecnologia e cultura de informação como cenário de pesquisa para a ciência. **Biblios**, 61. University of Pittsburgh. Recuperada de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/161/16144489006/html/index.html>
- Macêdo, N.B.; Albuquerque, P.C. & Medeiro, K. R. (2014). **O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde**. **Trab. Educ. Saúde**, 12(2), 379-401. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a10v12n2.pdf>
- Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica (2010). Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015, 28 de maio). **Comunidade de práticas** [Web log post]. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/>
- Oliveira, G. N. (2010). *Apoio institucional: orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização - material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH*. Brasília: Ministério da Saúde.
- OPAS/OMS, & Ministério da Saúde. (2015). **Edital InovaSUS — Gestão da Educação na Saúde**. Recuperado de: https://www.paho.org/bra/images/stories/UTCapacidadesHumanas_2015/editalinovasus2016gestaoeducacao_final.pdf?ua=1
- Paiva, C. H. A., Pires-Alves, F., & Hochman, G. (2008). A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3), 819-829. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/630/63013315/>
- Passarella, T. M. (2013). **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino-serviço-comunidade** (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília.
- PET-Saúde** (2017). *PET-Saúde*. Recuperado de: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/>



EDUCAÇÃO PERMANENTE MEDIADA POR TECNOLOGIA EDUCACIONAL: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Carine Vendruscolo
Letícia de Lima Trindade
Carise Fernanda Schneider
Mônica Ludwig Weber
Elis Roberta Monteiro

Introdução

O presente capítulo trata da Educação Permanente em Saúde (EPS) como um movimento que pode ser efetivado por meio de tecnologias diversas, neste caso, debruçando-se sobre uma experiência de educação a distância por meio do Telessaúde. O objetivo do texto é relatar o desenvolvimento de um curso via Telessaúde Santa Catarina/SC como contribuição do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e sua contribuição com movimentos de Educação Permanente em Saúde no Estado.

É nossa intenção discutir, portanto, que a EPS não se restringe aos espaços formais de educação, tampouco aos sistemas, uma vez que ela se confunde com a própria vida das pessoas, fazendo com que a aprendizagem se efetive ao longo do seu curso, em todos os cenários, para todas as idades, estimulando a criatividade humana (Gadotti, 1988). Dessa forma, propusemos a discussão da experiência fundamentada na premissa do educador brasileiro Paulo Freire, segundo a qual “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 2005, p. 75).

Como seres inacabados, sempre em busca de conhecimento, os indivíduos em diferentes momentos da vida podem alcançar a educação em espaços que favoreçam a troca e a convivência, reconhecendo as possibilidades e os desafios inerentes à participação e às habilidades como a escuta e o respeito às diferentes opiniões.

article/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40522-pet-saude

Petra, T.; Marcolino, F.; Corso, A.; Cavalcanti, F. (2015). EaD Colaborativa No SUS: Uma Proposta da Comunidade de Práticas para os Trabalhadores da Saúde, **Revista Teknos**, 15(2), 49-59.

Philbeck, T. [UmBrasil - Fecomercio] (2018). O Trabalho na Quarta Revolução Industrial. [vídeo]. UmBrasil . <http://umbrasil.com/entrevistados/thomas-philbeck/>

Pires-Alves, F.; Paiva, C. H. A., & Hochman, G. (2008). História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3), 819-829.

Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Recuperado de: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802_26_08_2008.html

Portaria N° 2.761, de 9 de novembro de 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Recuperada de: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Santos Filho, S. B.; Barros, M. E., & Gomes, R. S. (2009). A Política Nacional de Humanização como Política que se faz no Processo de Trabalho em Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 3(supl.1), 603-613.

Stahl, G. ; Koschmann, T. & Suthers, D. (2006). Aprendizagem colaborativa com suporte computacional: Uma perspectiva histórica. In R.K. Sawyer (Ed.), **Cambridge Handbook of the Learning Sciences** (pp. 409-426). [Traduzido por Hugo Fuks & Tatiana Escovedo]. Cambridge: Cambridge University Press. Disponível em: http://gerrystahl.net/cscl/CSCL_Portuguese.pdf

Teixeira, R. R., Ferigato, S., Lopes, D. M., Matielo, D. C., Sardenberg, M. L., Silva, P., Martins, L. R., & Pedroza, R. G. (2016). Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 20(57), 337-348. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1217>

Tractenberg, L., & Struchiner, M. (2010). A emergência da colaboração na educação e as transformações na sociedade pós-industrial: Em busca de uma compreensão problematizadora. **B. Téc. Senac a R. Educ. Prof.**, 36 (2), 65-77.

Vasconcelos, M. de F. F., Nicolotti, C. A., Silva, J. F. da, & Pereira, S. M. L. do R. (2016). Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 20(59), 981-991. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150707.pdf>

Vigotsky, L. V. (1991). **A formação social da mente**. (4. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Villegas-Iriarte, Edgar. (2016). Construcción de Saberes en la Web Social: Estado de la Cuestión. **Praxis & Saber**, 7(15), 183-205. <https://dx.doi.org/10.19053/22160159.v7.n15.2016.5729>

Zamboni de Souza, C. (2019). **A Cartografia Como Dispositivo Para Estudo Do Desenvolvimento Adulto No Contexto Da Comunidade De Prática**. Orientador Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira. Programa de Pós-Graduação Processos de desenvolvimento humano e saúde. Universidade de Brasília. Brasília.

Zanella, A. V. (1994). Zona de desenvolvimento proximal: análise teórica de um conceito em algumas situações variadas. **Temas em Psicologia**, 2(2), 97-110. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200011&lng=pt&tlng=pt.

Zanella, A. V. (2014). **Vigotsky: contexto, contribuições à Psicologia e conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal** (2. Ed.). Itajaí: UniValli – Funpex.

Foi a partir de um processo educativo, mediante a Tele-educação, que o MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, efetivou uma proposta que alcançou equipes de saúde que operam nesse nível de atenção.

A seguir, apresentamos a experiência de elaboração do Minicurso intitulado “Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde”, iniciando com uma abordagem da literatura que fundamenta o relato da experiência. Assim, o texto foi organizado de acordo com os seguintes subcapítulos: na **Fundamentação Teórica**, abordamos os textos “Mestrado Profissional: potencializador de movimentos de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária” e “Telessaúde como Tecnologia Educacional e Mestrado Profissional como dispositivo interministerial para a reorientação da formação na saúde”; no **Caminho Metodológico**, exploramos as “Pesquisas que orientaram a construção do Minicurso: as melhores práticas em enfermagem em destaque”; e descrevemos o “Minicurso ‘Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde’: uma parceria que reverberou movimentos de EPS no Estado”; finalmente, nos **Resultados e Discussão**, apresentamos as “Repercussões e reflexões a partir do movimento de Educação Permanente em Saúde”; e finalizamos o texto com a **Conclusão**, mediante “Algumas considerações sobre esse movimento com vistas à continuidade”.

Fundamentação Teórica

Mestrado Profissional: potencializador de movimentos de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária

O Ministério da Saúde (MS) aprovou e publicou em 2017 a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil mediante novas diretrizes para a organização da assistência em saúde (Ministério da Saúde, 2017). Embora com alguns retrocessos no texto que evidenciam um duelo entre o público e o privado, entre a necessidade de garantia dos direitos sociais e o propósito de transformar a saúde em mercadoria, as redefinições das ações e serviços da APS continuam seguindo delineamentos de um nível de atenção essencial e ampliado, com procedimentos estratégicos para alcançar padrões elevados de acesso e qualidade (Ministério da Saúde, 2017; Giovanella, 2018).

A atual PNAB orienta para o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos profissionais de saúde para atuarem na gestão e na atenção à saúde. Destaca-se a figura do “Gerente de Atenção Básica”, com a função de identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, além de promover a educação permanente, seja mobilizando saberes na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou com parceiros, para garantir a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas (Ministério da Saúde, 2017).

A literatura nacional que se ocupa da investigação sobre a APS aponta para estratégias que fortaleçam a coordenação do cuidado conforme a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), impactando na resolutividade da atenção. Objetiva-se um serviço que estabeleça fluxos com outros pontos da rede, bem como comunicação direta entre equipes generalistas (Equipes de Saúde da Família – EqSF) e especialistas (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf-AB), prontuários eletrônicos, protocolos de referência e outros serviços de apoio para a clínica, como a telemedicina (Giovanella, 2018). As EqSF compõem o capital humano da APS e são, basicamente, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); contando ainda, com uma equipe de saúde bucal (cirurgião dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal) (Ministério da Saúde, 2017). Operando a partir da colaboração entre diferentes saberes na lógica interprofissional (Barr et al, 2017), acredita-se que essa configuração da equipe seja adequada para dar conta dos atributos da APS, sobretudo da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, os quais contribuem para a resolubilidade desse nível de atenção. Essa resolubilidade é promovida também pela formação generalista dos profissionais que operam nas equipes, os quais desenvolvem ações como diagnóstico do território para planejar intervenções voltadas à prevenção de doenças, à promoção da saúde e ao cuidado clínico dos usuários, tarefas essenciais da APS (Starfield, 2002; Vendruscolo et al, 2019a).

Para garantir tais atributos e desenvolver uma prática resolutiva pautada na excelência da coordenação do cuidado em saúde, são necessárias novas abordagens/metodologias que favoreçam o profissional inserido nos serviços de

saúde a fim de aprimorar as habilidades profissionais. Nesse sentido, as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) se configuram como caminho possível, especialmente utilizando-se dos recursos de formação no serviço (Vendruscolo et al, 2018a; Barcellos et al, 2020).

Ao considerar os dispositivos para a gestão do trabalho e reorientação da formação, o MS do Brasil articulou iniciativas voltadas às mudanças na graduação “*pre-service*” (Programa de Educação pelo Trabalho - PET-Saúde; Programa de Reorientação da Formação Profissional na Saúde - Pró Saúde; Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde — VER-SUS, entre outras) e voltadas aos trabalhadores já inseridos no Sistema *in-service* (Residências, Programa Mais Médicos, Método Paidéia, Matriciamento, Política de Educação Permanente, Política de Humanização). Também de acordo com a lógica da formação *in-service*, os Mestrados Profissionais (MP) se configuram como dispositivos para a reorientação da formação (neste caso, em nível de pós-graduação), potencialmente comprometidas com a qualificação dos sujeitos produtores da saúde, no contexto do trabalho.

Os MP fomentam a articulação das pesquisas ao trabalho em saúde, as quais também promovem a integração ensino-serviço, contribuem para desenvolver inovações e agenciar a tomada de decisões mais seguras, voltadas aos problemas vivenciados no cotidiano do processo laboral com foco na aplicação do conhecimento teórico, adquirido mediante evidências científicas. Com tais contornos, no Brasil são criados e regulamentados os MP, que ganham destaque nos cenários que integram o ensino e o serviço na área da saúde como estratégias inovadoras para a transformação dos cotidianos da assistência.

O MP é uma modalidade de formação *stricto sensu* que objetiva suprir as demandas sociais, políticas e econômicas, adaptadas à qualificação de trabalhadores no serviço, à “*capacitação de pessoal para a prática profissional avançada e transformadora de procedimentos e processos aplicados, por meio da incorporação do método científico, habilitando o profissional para atuar em atividades técnico-científicas e de inovação*” (National Nursing Centers Consortium, 2014, p. 20). Essa modalidade de mestrado pode constituir-se como estratégia útil para a busca de conhecimento sobre as profissões da saúde, sobretudo da enfermagem, considerando a importância deste profissional nas EqSF e no âmbito dos serviços de saúde, quer seja ao ocupar cargos de gestão, assistência ao usuário

ou, principalmente, ao contribuir (ou promover) processos educativos nos quais incorpora ações de educação em saúde e educação continuadas e permanentes, bem como para a investigação em saúde (Vendruscolo et al, 2018b).

Ao considerar as equipes multiprofissionais que operam na APS, o gerente é reconhecido como o profissional capaz de garantir a organização e o planejamento em saúde, aprimorando e qualificando o processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2017). Contudo, nem sempre o gestor possui qualificação específica ou mesmo habilidades e competências voltadas para exercer essa função mediante a utilização de instrumentos adequados para as atividades gerenciais, as quais, por vezes, são complementares às atividades assistenciais, como, por exemplo, no caso do enfermeiro (Felli et al, 2017).

Refletir sobre o exposto acima permite explorar uma experiência realizada pelo MPEAPS que foi desenvolvida especialmente para fortalecer as atividades gerenciais na APS. O relato a seguir trata da experiência desenvolvida por duas enfermeiras egressas do Curso de Mestrado da UDESC em uma parceria com o Telessaúde/SC — na ocasião, estruturado de forma articulada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Na parceria com a UDESC, em 2019, foi produzido, entre outros, um Minicurso intitulado “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde”.

Primeiramente, o capítulo aborda de que maneira o Telessaúde configurou-se como uma Tecnologia Educacional, servindo à instrumentalização dos participantes do Minicurso para a prática de gestão na APS. Ainda, o mestrado foi a ponte para articular essa possibilidade, aproximando a universidade dos serviços de APS. Na sequência, são contextualizadas as duas pesquisas (Trabalhos de Conclusão de Curso do Mestrado) que foram as propulsoras da ideia do Minicurso, subsidiando à produção de informações e análise destas com vistas à construção do material pedagógico. Outro momento do texto trata do Minicursopropriamente dito, em que são detalhadas as unidades que o formaram, sua avaliação pelos ouvintes que acessaram o Telessaúde/SC, e finalizando com uma breve explanação acerca das repercussões e reflexões possíveis a partir do movimento de EPS gerado pelo Minicurso.

Telessaúde como Tecnologia Educacional e Mestrado Profissional como dispositivo interministerial para a reorientação da formação na saúde

A formação dos profissionais das EqSF e Nasf-AB recebe influências do modelo biomédico, que não favorece o trabalho interprofissional, já que é pautado

em ações verticais, direcionadas à cura de doenças e à assistência ao indivíduo de forma isolada (Engstrom & Motta, 2016). Embora o prescrito para o trabalho na APS e a perspectiva da formação generalista, ancorados em um campo de saber abrangente e voltado para ações de prevenção e promoção, potencializem a prática colaborativa interprofissional, os obstáculos enfrentados pelos profissionais requerem educação permanente como um caminho para enfrentamento dos limites do trabalho no cotidiano (Vendruscolo et al, 2020; Mikael et al, 2017).

Esses obstáculos se colocam na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionam na direção de um intenso debate em todas as profissões da área, principalmente no que se refere à necessidade de transformar o ensino e as práticas de atenção à saúde. Verificou-se tanto nas instituições de ensino superior (IES) quanto nos serviços de saúde a necessidade de planejamento do processo ensino-aprendizagem levando em conta as necessidades dos estudantes e profissionais, pensando na importância dos diferentes cenários da prática e na centralidade dos problemas da realidade e do trabalho. Assim, a literatura demonstra que mudanças na formação de profissionais estão sendo implementadas, sendo estas possíveis e importantes, sobretudo quando apoiadas em estratégias que estimulam a participação ativa dos envolvidos (Vendruscolo et al, 2016).

A Constituição Federal de 1988, por meio do inciso III do art. 200, atribuiu ao SUS a ordenação da formação de pessoas para atuar na área de saúde. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, determinou que as políticas para trabalhadores deveriam ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive a pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (Ferraz et al, 2012). Tal tarefa pressupõe a (co)responsabilização de outras instituições e atores no processo de ensino-aprendizagem com vistas à mudança na lógica assistencial do SUS, na contramão do modelo biomédico. Para tanto, o MS, em aproximação com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio da Secretaria de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vem implementando políticas que envolvem o ensino formal e a EPS (Ministério da Saúde, 2004), vinculadas a ações favoráveis ao desenvolvimento de potenciais humanos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com as necessidades reais da população. As ações/dispositivos para a reorientação da formação na saúde visam a integração de ensino e serviço em saúde são muitas, e entre

elas estão o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e o incentivo à pós-graduação na modalidade profissionalizante (mestrados e doutorados profissionais).

Os dispositivos interministeriais efetivam a integração ensino-serviço, ainda que haja dificuldades que se estabelecem, por exemplo, como enfrentamentos diversos entre IES e serviços. Portanto, considera-se fundamental que os mundos da educação e da saúde, sobretudo os atores que fazem parte do processo, transcendam seus projetos individuais de saber/poder e se comprometam com as novas formas de produzir saúde sem perder de vista a prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a formação de pessoal para atuar na área (Vendruscolo et al, 2016).

A principal medida estruturante das ações interministeriais foi a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Ministério da Saúde, 2004), cujo princípio teórico-metodológico se diferencia da Educação Continuada, que tem como pressuposto pedagógico a atualização de conhecimentos específicos, tendo como público alvo os profissionais em suas especificidades, de acordo com demandas a serem trabalhadas, numa perspectiva de modernização das práticas. *“As atividades educativas são pontuais e fragmentadas, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social”* (Ferraz et al, 2012, p. 484). Já a configuração atual da PNEPS segue os pressupostos pedagógicos formulados na década de 1980 pela Organização Panamericana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), pautados na aprendizagem significativa, na construção do conhecimento de forma colaborativa e com base nos problemas do cotidiano (Brasil, 2004).

A EPS propõe-se à reordenação das práticas mediante mudanças no processo cotidiano de trabalho das equipes de saúde, com base nos nós críticos do dia a dia, a partir das necessidades específicas dos trabalhadores, estando ancorada ao princípio pedagógico crítico, problematizador e reflexivo (Freire, 2001; 2005; 2016; Ministério da Saúde, 2004; 2007). Com base nesses delineamentos, a primeira Portaria Ministerial considerou as diretrizes e princípios do SUS com vistas a aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, considerando o incentivo à qualificação da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Com isso, priorizou-se a formação de profissionais balizada pelas necessidades sociais, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho. Considerou-

se, também, a integração entre a gestão de saúde, instituições de ensino, instâncias de controle social em saúde e ações e serviços de atenção à saúde. Este primeiro documento recomendou a criação de Polos de Educação Permanente, que encaminhavam projetos ao MS a fim de realizar a formação profissional baseada nos princípios da PNEPS (Ministério da Saúde, 2004).

A segunda Portaria, através de novas diretrizes e estratégias, reforça a descentralização e a regionalização das ações de EPS, assim como a articulação entre o ensino e o serviço, mediante a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Essas instâncias promovem a efetivação da Política em nível regional. Isso se torna viável com a elaboração dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde em consonância com os planos municipais e estaduais de saúde (Ministério da Saúde, 2007). Orienta-se que as CIES sejam formadas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (Araújo et al, 2019). Essa configuração é ilustrada, nos estudos de Ceccim & Feuerwerker (2004), como “Quadrilátero da Formação em Saúde”.

Ceccim & Feuerwerker (2004, p. 59), definem o Quadrilátero como uma proposta de organizar a educação por meio da *“ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acta) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente)”*.

Para desenvolvimento das ações de EPS, as metodologias problematizadoras são as prioritárias, pela sua capacidade de promover a aprendizagem significativa. A mobilização dos sujeitos a partir dessa alternativa pedagógica corresponde a uma sensibilização para o conhecimento ao favorecer uma atitude favorável à aprendizagem, pois a situação orientadora inicial é *“[...] a criação de uma situação motivadora, aguçamento da curiosidade, colocação clara do assunto, ligação com o conhecimento e a experiência que o aluno traz, proposição de um roteiro de trabalho, formulação de perguntas instigadoras”* (Libâneo, 1987, p. 145). Esse tipo de metodologia, ao ser empregada na área da saúde, permite transcender os territórios, predominantemente epidemiológicos, aproximando-se da vida das

pessoas e da atuação das equipes multiprofissionais, o que favorece a construção de vínculos e a humanização (Vendruscolo et al, 2016).

São, portanto, inúmeras as alternativas pedagógicas que podem servir à aprendizagem crítica, sendo muitas delas conceituadas como tecnologias educacionais, que, na área da saúde, são aquelas com propósito de colaborar com a produção do conhecimento mediante opções de ensino que colaborem com a gestão e a assistência. As tecnologias educacionais podem estar acompanhadas por inovações no cuidado e na gestão e colaborar com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde, dos indivíduos, famílias e grupos sociais, inclusive tecnologias de educação a distância, como a Tele-educação, que configuram processos formativos, podendo se iniciar na graduação e permanecer ao longo da vida profissional (Teixeira, 2020).

Convergente a esse conceito e com ele alinhado, se expande e se fortalece o emprego de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na primeira década dos anos 2000. Nesta época, o MS iniciou o apoio à Telemedicina e ao Telessaúde mediante ações pontuais e fomento de projetos que atendiam a diferentes finalidades, de acordo com as instituições que as desenvolviam ou coordenavam (El-Khoury, 2003).

O Telessaúde trata do emprego de TIC com vistas a ultrapassar barreiras geográficas e ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade, preocupando-se com a educação na saúde e com a promoção de saúde no contexto das políticas públicas. Essa estratégia dos serviços de saúde é recente e existem poucas publicações sistematizadas que tratam da sua aplicação na APS. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, tem a proposta de qualificar profissionais de saúde para fortalecer a APS no que diz respeito à sua resolubilidade. O Núcleo Telessaúde/SC foi criado ainda no início do Programa e oferece os serviços propostos para apoio assistencial e apoio à EPS de profissionais de todo o Estado (Nilson et al, 2018a). Com o passar do tempo, suas ações se concretizam por meio do esforço da SGTES e do MS (Nilson et al, 2018b).

O objetivo deste recurso é promover acesso e melhorar a qualidade da atenção a partir do apoio à tomada de decisão pelos profissionais; compartilhamento e coordenação de recursos geograficamente distribuídos, garantindo a oferta qualificada de diferentes especialidades em saúde (Organização Panamericana de la Salud, 2016). Com esse propósito, o Telessaúde, em SC, vem contribuindo com a instituição do modelo de atenção integral proposto pelo SUS, orientado por

uma APS forte, ordenadora da RAS e que visa a melhorar o cuidado por meio do trabalho de equipes de saúde da família qualificadas (Nilson et al, 2018b).

Assim, o Telessaúde/SC, desde 2007, se esforça para cumprir os objetivos do Telessaúde Brasil, adaptando suas ações à realidade e às necessidades locais, em contato permanente com os profissionais e os trabalhadores de saúde das equipes multiprofissionais que operam na APS. Estes são estimulados a utilizar os serviços de acordo com interesses individuais ou coletivos, indicar fragilidades e fortalecer potencialidades em parceria com seus pares e com a equipe do Telessaúde/SC.

A evolução da tecnologia, bem como os métodos tradicionais de comunicação, na atualidade, é substituída por outras tecnologias, as quais favorecem a comunicação entre equipes de saúde na APS, por exemplo, entre a EqSF e os Nasf-AB. Prova disso é o próprio matriciamento, fundamentado na lógica do apoio entre profissionais de diferentes áreas (Campos, 2000; Campos et al, 2014; Vendruscolo et al., 2019b). Nesse ínterim, quando se discutem formas de comunicação entre pessoas e equipes, compreende-se que as TIC devem ser ferramentas capazes de reduzir ou, preferencialmente, eliminar discursos polifônicos ou ruídos para que o processo de comunicação seja claro e compreensível a todos os envolvidos. Isso porque as más interpretações podem gerar decisões equivocadas. Portanto, as TIC precisam tornar-se ferramentas apoiadoras da operacionalização do cuidado assistencial, do matriciamento e da gestão dos serviços na APS (Vendruscolo et al, 2019b).

Conforme discutimos anteriormente, existem inúmeras outras ações, estruturantes da reorientação da formação na saúde, como, por exemplo o Pró-saúde, o PET-Saúde, o Programa VER-SUS, as Residências em saúde, o Programa Mais Médicos, entre outras. No âmago da proposta de reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde a fim de oferecer à sociedade profissionais preparados para responder às necessidades da população brasileira e para a consolidação do SUS, essas ações propõem-se a estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores da rede e as instituições de ensino, promovendo a melhoria da qualidade e da resolubilidade da atenção prestada ao indivíduo e coletividade (Vendruscolo et al., 2016).

Na busca de promover a integração entre o ensino e o serviço na saúde, outra política indutora da reorientação da formação se expressa por meio das residências

multiprofissionais e dos MP, os quais coadunam com o contexto transformador da APS e buscam incentivar a mudança do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à comunidade. Trata-se de uma proposta de envolvimento recíproco entre instituições de ensino e de serviço, nas quais o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula, mas incorpora a outros cenários que apresentam as práticas que ocorrem no mundo do trabalho, cenários ricos em experiências de aprendizagem e que necessitam ser explorados pedagogicamente de acordo com a interposição crítico-criativa dos sujeitos envolvidos (Vendruscolo et al, 2020). *“O MP pode constituir-se em uma estratégia útil no fomento da profissão da enfermagem, haja vista a importância do enfermeiro nos serviços de saúde, quer seja na gestão, na assistência ao usuário e, sobretudo, nos processos educativos, incluindo as atividades de educação em saúde e educação continuada e permanente, bem como a investigação em saúde”* (Vendruscolo et al, 2018b, p.26).

Assim, a identidade dos MP não se constitui, exclusivamente, pela sua área temática, mas, principalmente, pelo desafio de integrar a pesquisa no seu processo de desenvolvimento, com rigor e aplicabilidade dos resultados na transformação da realidade. Tal desafio atesta o verdadeiro sentido da universidade, qual seja, promover a realização de estudos e análises com eficiência a fim de alcançar os problemas socioambientais no território e propor soluções científicas e técnicas. Esse é o compromisso de produzir conteúdos teórico-metodológicos que deem conta da diversidade das realizadas do país (Negret, 2009).

Caminho metodológico

Pesquisas que orientaram a construção do Minicurso: as melhores práticas em enfermagem em destaque

O Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde”, promovido pelo MPEAPS em parceria com o Telessaúde/SC, foi realizado a partir de resultados de pesquisas participantes realizadas com enfermeiros de uma Macrorregião do Estado de SC, mais precisamente, com base em dois Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) do MPEAPS, os quais possibilitaram o diagnóstico dos desafios e potencialidades reconhecidas por enfermeiros gerentes no âmbito da gestão e da assistência junto às EqSF. Tal diagnóstico indicou a importância

da EPS para os enfermeiros que atuam na gerência desses cenários. Evidenciou-se, portanto, a necessidade de estratégias de qualificação para os gerentes (sejam eles enfermeiros ou não), preferencialmente, mediadas por tecnologias que permitam o acesso no local de trabalho com facilidade e de forma gratuita para os profissionais. Nesse sentido, os produtos destes trabalhos culminaram na busca de parceria com o Telessaúde/SC.

A seguir, apresentamos os dois TCC do MPEAPS da UDESC, que orientaram a construção do Minicurso em parceria com o Telessaúde/SC:

TCC do MPEAPS 1) Itinerário de educação permanente em saúde: contribuições para as melhores práticas de enfermagem na rede de atenção.

TCC do MPEAPS 2) Minicurso Instrumentos de trabalho na gestão em saúde: estratégia de educação permanente para a qualificação do trabalho gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

O primeiro Trabalho teve, dentre outros objetivos: analisar a compreensão dos enfermeiros da RAS sobre as melhores práticas; produzir material pedagógico instrucional com multimídia - Minicurso - relacionado aos produtos gerados nesta pesquisa, vinculado ao Telessaúde/SC, e identificar as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na RAS. Foi realizada uma pesquisa-ação participante pautada no referencial teórico metodológico de Paulo Freire, dividida em três momentos: investigação temática; codificação; e decodificação; edesvelamento crítico. Participaram 10 enfermeiros de diferentes pontos da RAS. As temáticas foram obtidas mediante a realização de três Círculos de Cultura (CC) entre junho e agosto de 2018. A pesquisa foi realizada em uma RAS com três municípios (Weber et al, 2019).

As melhores práticas de enfermagem representam uma possibilidade de atender e fortalecer os princípios da APS e, por conseguinte, do SUS. Considera-se uma “melhor prática” aquela técnica ou metodologia que, pela experiência ou investigação, demonstra confiabilidade comprovada para produzir um bom resultado. Assim, consiste no conhecimento sobre a prática que apresenta êxito em situações e contextos específicos, com a utilização racionada de recursos para atingir os resultados desejados. É importante, ainda, que esta prática possa ser

replicada em outras situações ou contextos. Uma melhor prática é composta por elementos que compõem uma tríade: experiência (1), investigação (2), confiabilidade, considerando as necessidades de cada usuário/pessoa e o menor custo (3) (OMS, 2008; Weber et al, 2019).

O estudo evidenciou que o cuidado que se pretende no campo da produção de saúde, especialmente na enfermagem, no contexto estudado, aponta para a possibilidade de práticas de enfermagem que se aprimorem a partir da busca pelo conhecimento e que impliquem relações pautadas no respeito aos diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar entre profissionais. Neste estudo, foi uma potencialidade a metodologia freireana, em que se utilizaram os Círculos de Cultura para a produção das informações, proporcionando momentos de diálogo e reflexão entre os enfermeiros participantes. Entendida como metodologia crítico-reflexiva, o Itinerário de Freire permite a ação- reflexão-ação, tornando o pesquisador um mediador e um participante do estudo a partir das etapas: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico, organizados por meio de espaços designados como CC, os quais se caracterizam por um grupo de pessoas com algum interesse comum, que discutem sobre seus problemas e situações de vida, construindo uma percepção mais profunda sobre a realidade (Freire 2016, Heidemann et al., 2017).

Para o Minicurso, essa pesquisa contribuiu no sentido de identificar que o cuidado pretendido pelas enfermeiras, baseado em evidências e voltado às melhores práticas, apontava para a necessidade da constante busca pelo conhecimento e para uma gestão compartilhada dos serviços. Nessa direção, foi construída uma das Unidades do Minicurso, que foi construída mediante o aprofundamento de temas como a cogestão de coletivos e a interprofissionalidade em saúde.

A abordagem interprofissional vai ao encontro da interpretação de que vínculos e possibilidades de articulação entre trabalhadores e com os usuários, na defesa das condições legítimas para a qualidade de vida, são possíveis a partir de um processo de trabalho compartilhado e interativo, que lance mão de ferramentas como a colaboração mútua. Com tais contornos, a Educação Interprofissional (EIP), torna-se, até mesmo, estratégica para o estímulo à formação de um perfil novo de profissional. O conceito de interprofissionalidade vincula-se à noção de trabalho em equipe e negociação de processos decisórios a partir de uma

construção coletiva e reflexiva de conhecimentos, com ênfase ao respeito em relação às diferenças dos núcleos de saberes e práticas de cada um (Araújo et al, 2017; Mikael et al, 2017).

Reitera-se neste ideário que, ao aproximar diferentes disciplinas em um mesmo setor – neste caso, a APS –, nos deparamos com pontos de cruzamento entre elas, indicando um campo de saber único, que pressupõe habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe (Silva & Santana, 2015). Atuar em equipe interprofissional significa, portanto, operar com áreas/profissionais de diversas formações/núcleos de saber cujas práticas devem ser mediadas por um “saber comum” entre duas ou mais profissões envolvidas (Ceccim, 2018), propensas a transitar entre áreas exclusivas, de forma colaborativa, a fim de promover a qualificação das práticas em saúde. Assim, a EIP pode acontecer em processos de graduação, pós-graduação e educação permanente (Farias et al, 2018).

Já o segundo trabalho de conclusão apresentou como objetivo desenvolver um material pedagógico e instrumental no formato de Minicurso, que fomentasse a EPS com foco na qualificação do trabalho gerencial. Além disso, a mestranda se propôs a conhecer o perfil dos participantes e identificar os desafios e potencialidades na gestão e assistência das equipes, entre outros, inclusive a proposição de um evento científico sobre a temática principal (Trindade et al, 2019).

A pesquisa-ação, fundamentada em Thiollent (2011), evidenciou desafios existentes na gestão da APS, sobretudo a maneira como influências político-partidárias, deficiências na EPS, sobrecarga no trabalho, falta e rotatividade de profissionais e falhas na rede de atenção podem contribuir para estes obstáculos. Concluiu-se que os enfermeiros gerentes, atuantes na APS, utilizam uma diversidade de instrumentos de trabalho, direcionados, na maioria, para dimensões específicas gerenciais ou assistenciais, e que a EPS contribui para instrumentalizá-los para melhor atuar neste nível assistencial (Trindade et al 2019).

As pesquisas, além de contribuírem para a elaboração do Minicurso, também instrumentalizaram as mestrandas para as boas práticas em enfermagem. Isso porque foram provocadoras do pensamento crítico, tanto dos participantes quanto das próprias mestrandas pesquisadoras. Foi incorporado ao seu ideário a tríade das melhores práticas, sendo esta tríade compreendida como uma técnica ou metodologia que, por meio da experiência ou da investigação, apresenta confiabilidade comprovada

para produzir um bom resultado, considerando-se ainda as necessidades de cada usuário/paciente (Toso, Padilha & Breda, 2019). Nos programas e serviços de saúde, as melhores práticas consistem no reconhecimento sobre o que melhor se ajusta a situações e contextos específicos mediante a utilização racionalizada de recursos para atingir os resultados desejados e que pode ser replicada em situações ou contextos semelhantes (OMS, 2017). Dessa forma, o profissional de enfermagem se guia pela melhor evidência atualizada para o manejo clínico, considerando um contexto específico, a exemplo dos protocolos de cuidado na APS.

Cumprir destacar que os principais interlocutores para a informação e comunicação nas equipes de saúde são os profissionais da saúde, os gestores e os usuários, e que entraves, inovações e facilidades, oriundas da inserção de tecnologias, possuem considerável impacto no processo de trabalho e nas formas de cuidado e gestão na área. Pesquisa realizada em SC (Vendruscolo et al, 2019b) evidenciou que os profissionais do Nasf-AB realizam o matriciamento, em certa medida, por meio das TIC. Os depoimentos dos nasfianos revelaram a utilização do Telessaúde como tecnologia para tal. Outras pesquisas também sinalizam a importância do aprendizado em serviço por meio da comunicação a distância (Nilson et al, 2018).

Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde”: uma parceria que reverberou movimentos de EPS no Estado

O MPEAPS tem sua estrutura física junto ao Departamento de Enfermagem da UDESC Oeste, no município de Chapecó/SC. As atividades do Mestrado Profissional se iniciaram em agosto de 2017, após recomendação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Trata-se do primeiro Mestrado específico para a área da Enfermagem, proposto na região Oeste do Estado de SC. A proposta do MPEAPS da UDESC visa “a qualificar enfermeiros para o exercício da prática profissional avançada e transformadora; atender demandas sociais, organizacionais, profissionais e do mercado de trabalho; promover a articulação entre a formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas; e melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas, geração e aplicação de processos de inovação e de gestão” (Vendruscolo et al, 2018c, p. 26). Com tal delineamento, o MPEAPS tem como propósito contribuir com a qualificação profissional do

enfermeiro visando ampliar suas habilidades e competências no desenvolvimento de ações de cuidado em saúde e enfermagem para a RAS.

Nesse contexto potencial, foi estruturado o Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde”, direcionado aos gerentes da APS (e não somente aos enfermeiros), especialmente às equipes de eSF de todo o Estado, disponível no site do Telessaúde/Tele-educação de SC.

A parceria com o Telessaúde/SC teve como objetivo a criação de material pedagógico instrucional com multimídia, a fim de contribuir com e EPS na APS, além de dar visibilidade à produção do MPEAPS da UDESC. Além disso, objetivou compartilhar os produtos técnicos e tecnológicos desenvolvidos no MPEAPS, sobretudo no âmbito da educação e gestão do trabalho em saúde e atender as demandas regionais de material didático instrucional para EPS, com destaque para a área da Enfermagem.

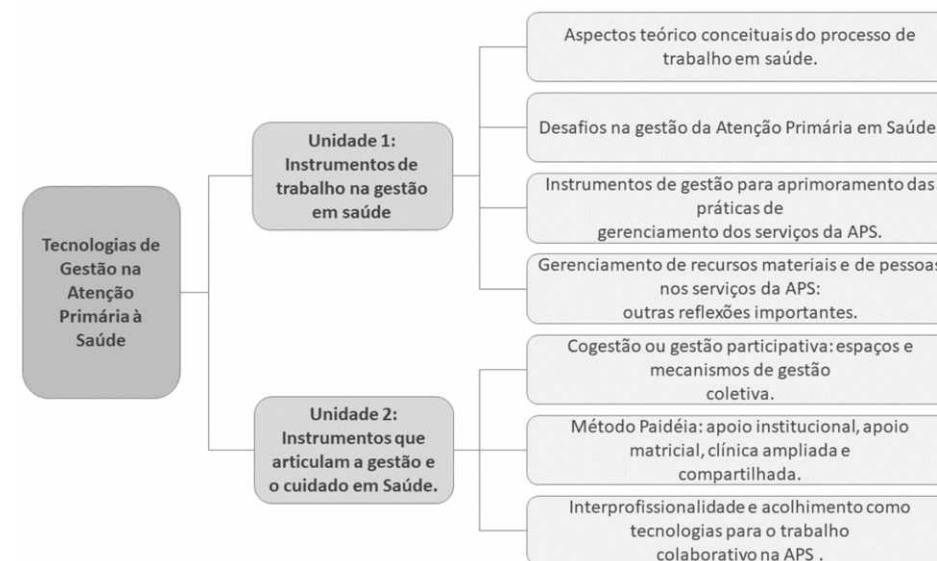
Conforme elucidado, o Minicurso foi elaborado com base nos resultados das pesquisas participantes realizadas com enfermeiros, na sua maioria, que exerciam a gestão das UBS. Como o MP concentra-se na busca por um produto final que possa contribuir com a realidade, as abordagens participativas de pesquisa podem ser úteis quando a intenção é transformar o cenário e as práticas. Nesse caso, os pesquisadores podem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados. A pesquisa-ação, por exemplo, é uma modalidade participativa de investigação que ocorre quando as pessoas participantes da pesquisa possuem “algo a dizer” ou “algo a fazer” com vistas às transformações no seu cotidiano. Dessa forma, não se trata de um simples levantamento de dados ou da geração de relatórios que, posteriormente, serão arquivados (Thiollent, 2011).

Assim, de modo participativo e como forma de coroar o movimento pedagógico provocado pelas rodas de conversa que foram realizadas com o propósito de produção das informações, a pesquisa possibilitou a produção de novos conhecimentos a partir da mobilização e reflexão crítica dos enfermeiros gerentes. Consolidando a parceria firmada entre a UDESC e o Telessaúde/SC, o Minicurso foi divulgado na plataforma de Tele-educação via internet. O desenvolvimento dos conteúdos seguiu uma ordem metodológica e estrutural, orientada pelo Telessaúde, composta pelos achados das investigações e da literatura consultada.

O material pedagógico continha dados das pesquisas, ilustrações e vídeos, os quais remetiam os ouvintes a situações cotidianas da APS, provocando a reflexão mediante estudos de caso e exercícios para fixação do conteúdo.

Além disso, o Minicurso, assim como outros produzidos no formato auto-instrucional, permite que o próprio profissional organize seu tempo de estudo dentro do prazo determinado e informado no ato da inscrição na plataforma online. As matrizes de conteúdo consistem em material instrucional, unidades de aprendizagem, conteúdos e objetivos orientaram a produção de materiais didáticos escritos (do tipo apostilas) e em vídeo (do tipo videoaula e webconferência). A figura abaixo ilustra o conteúdo programático do Minicurso, o qual totalizou 30 horas.

Figura 1. Estrutura do Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde”, Santa Catarina, 2020.



Fonte: acesso no endereço eletrônico www.telessaude.ufsc.br (2020).

A seguir, apresentaremos as duas unidades que compuseram o Minicurso: A “Unidade 1 - Instrumentos de trabalho na gestão em saúde” tinha como objetivo promover a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da APS para a gestão em saúde. Os autores buscaram fundamentar teoricamente os profissionais de saúde para atuarem frente à gestão

dos serviços, oferecendo elementos para a melhoria das condições de saúde da população. Para isso, esta unidade foi dividida em quatro temas: “Aspectos teóricos conceituais do trabalho em saúde”; “Desafios na gestão da APS”; “Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS” e “Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes” (Trindade et al, 2019).

Já a Unidade 2, “Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde”, tinha como objetivo de aprendizagem provocar a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam no cuidado e gestão em serviços da APS para a gestão e o cuidado em saúde, tendo como base temas como a cogestão de coletivos e a interprofissionalidade em saúde (Trindade et al, 2019).

É importante destacar um dos aspectos mais atrativos do Minicurso, em que as facilitadoras apresentavam os instrumentos de gestão, classificados em assistenciais, gerenciais e aqueles que se situam entre essas duas dimensões do trabalho na APS.

A função gerencial na APS contempla uma diversidade de instrumentos possíveis de serem utilizados para dar conta da amplitude do objeto de trabalho. Por isso, precisa contar com profissionais que contem com um perfil adequado para estar à frente dessas atribuições. Muitos profissionais da saúde podem dar conta dessas funções, entretanto a formação do enfermeiro tem peculiar amplitude curricular, com aspectos que garantem a aquisição de competências e habilidades importantes para desempenhar a função (Fernandes & Cordeiro, 2018).

É muito importante que o gerente lance mão de instrumentos adequados para auxiliar no processo de trabalho, já que se depara com cenários de fragilidades na gestão e que tendem a aumentar as cargas de trabalho, além de contribuírem para a geração de insatisfação dos profissionais na área da saúde (Soratto et al, 2017). Outra questão fundamental é a autonomia administrativa, que deve ter o gerente para desempenhar suas atividades laborais, pois precisa reunir instrumentos de trabalho suficientes para colocar em prática suas competências na qualidade de gestor. Tais instrumentos qualificam a organização dos serviços e estão, muito significativamente, relacionados ao processo de tomada de decisão, planejamento, avaliação da qualidade, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, seleção e recrutamento de pessoal, educação continuada e permanente, supervisão e desempenho (Ciampone, Tronchin & Melleiro, 2016).

Por tudo isso, pode-se afirmar que é complexo o trabalho do gestor e, nessa direção, as pesquisas que orientaram o Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde” contemplaram um arcabouço teórico que, incorporado ao material do Minicurso, instrumentalizou os participantes para o desempenho da função gerencial. Um dos pontos altos foi a argumentação, mediada por exemplos e exercícios práticos, sobre os tipos de instrumentos possíveis para a gestão das UBS.

Dentre os instrumentos assistenciais, argumentou-se sobre as escalas de trabalho, os indicadores de saúde, as portarias ministeriais, o Conselho de Saúde, entre outros. Já os instrumentos gerenciais contaram com aprofundamento sobre o Telessaúde, o Matriciamento, a Consulta Compartilhada, os Protocolos Assistenciais, e Programas como Saúde na Escola, entre outros. Os instrumentos que se situavam no espaço de interseção são o planejamento, os relatórios de atendimento, as reuniões de equipe, as mídias (WhatsApp e outras) e os sistemas de comunicação (Trindade et al, 2019). O Minicurso possibilitou refletir que os profissionais da saúde contam com diversas possibilidades de uso de instrumentos para realizar as suas ações. No entanto, não é possível desassociar os instrumentos de assistência e de gestão completamente, principalmente quando a função do profissional é gerenciar. Nessa perspectiva, a EPS possibilita que a própria experiência do trabalho fomente as mudanças nas práticas dos serviços. Por isso, também, as metodologias participativas valorizam a credibilidade dos dados e das análises, além de contribuir para a reflexão (e ação) crítica dos envolvidos.

O Minicurso teve a inscrição de 200 profissionais e gestores em saúde de nível médio e superior, que atuavam na APS. Ele foi ofertado entre os meses de novembro e dezembro de 2019, em que os alunos tiveram o prazo de 30 dias para acessar a plataforma moodle, estudar os conteúdos e realizar as atividades de avaliação propostas. Ao final, 122 profissionais (61%) concluíram o Minicurso e foram certificados pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Entre os concluintes, a maioria era do sexo feminino (82,0%), profissionais enfermeiros (37,7%), seguidos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (12,3%) e psicólogos (9,0%). 69,7% atuavam em SC, procedentes de 50 diferentes municípios no Estado. Além disso, também finalizaram o Minicurso profissionais que atuavam em outros 13 Estados brasileiros. Estes dados confirmam a possibilidade de alcance do Telessaúde, além da qualidade do material. Mas cumpre destacar que eles reforçam,

principalmente, as evidências que demonstram que o profissional enfermeiro vem desempenhando, ativamente, a função de gestão e gerenciamento na APS.

Ao final do Minicurso, foi solicitado que os alunos respondessem uma enquete com o intuito de avaliar a satisfação dos mesmos com os conteúdos abordados. Entre aqueles que responderam as questões, 96,8% e 95,7% dos alunos se declararam como “muito satisfeito” ou “satisfeito” com relação aos aspectos gerais do Minicurso e com o cumprimento dos objetivos propostos, respectivamente. Os resultados do questionário, bem como alguns comentários obtidos, ilustram que o material produzido estava adequado às demandas dos profissionais e gestores em saúde:

“Muito interessante, me estimulou bastante. Diante do conhecimento que tenho do conteúdo, serviu para me atualizar ainda mais.”

“Adorei a proximidade dos estudos de casos com minha realidade de trabalho.”

“Muito bom, gostei bastante!”

Com isso, ficou bastante perceptível a boa aceitação do Minicurso, além dos seus possíveis impactos futuros, tendo em vista o conteúdo ter sido elaborado a partir das demandas reais de cenários catarinenses. Destaca-se também que, embora a utilização das TIC pelas equipes de saúde ainda represente um desafio (Vendruscolo et al, 2019b) — apesar de alguns avanços para o cuidado na APS — elas talvez contribuam para o fortalecimento do apoio matricial, para a transformação nas relações de trabalho e, conseqüentemente, para a consolidação de um modelo assistencial mais integrado. Todavia, é preciso considerar que ainda são identificados obstáculos, os quais “[...] *podem estar atrelados ao perfil dos profissionais que, por vezes, não demonstram competências necessárias ao uso da informação, bem como aos problemas estruturais para a inserção de novas tecnologias na APS*” (Vendruscolo et al, 2019b, p. 16).

Resultados e discussão

Repercussões e reflexões a partir do movimento de Educação Permanente em Saúde

A educação permanente ganha sentido na medida em que as pessoas, com consciência do seu inacabamento, buscam educar-se nos seus espaços de

prática em diálogo com os seus pares, tendo como consequência transformações na sua realidade cotidiana (Freire, 2016). Com base nessas concepções teórico-filosóficas, a PNEPS induz à adoção de metodologias educativas ativas com o intuito de mobilizar a aprendizagem significativa, o que implica abordar questões expressivas para os sujeitos envolvidos no processo. Estes passam a desenvolver um papel ativo, como protagonistas das ações em tempo integral. Assim, a EPS propõe reordenar práticas, induzindo mudanças no processo de trabalho com base nos problemas do dia a dia da equipe de saúde e das necessidades específicas dos profissionais, estando apoiada no princípio pedagógico crítico, problematizador e reflexivo que orienta a concepção libertadora da educação (Freire, 2001; 2005; Ministério da Saúde, 2004; Ferraz et al, 2012).

De acordo com o esperado, a partir dos movimentos provocados pelas metodologias participativas utilizadas, desde as pesquisas das mestradas, até a construção coletiva do Minicurso, a experiência possibilitou a aprendizagem significativa dos participantes e dos pesquisadores, potencializada por um alcance maior do que o previsto por conta da utilização da plataforma do Telessaúde. Tal avanço foi possível pela estrutura metodológica, que fomentou a tomada de consciência dos participantes no que diz respeito à existência de obstáculos e soluções para os problemas do cotidiano, bem como tratou de problemas de ordem prática com o objetivo de viabilizar a passagem de uma situação inicial para uma situação final. É por meio da práxis que o sujeito promove o desenvolvimento de sua maturidade profissional, buscando substituir sua visão ingênua da realidade por uma visão mais crítica (Freire, 2005). Isto porque os conhecimentos não advêm somente de estudos acadêmicos, mas emergem a partir dos desafios do que acontece, diariamente, no processo laboral. Na área da saúde, ao incorporar o conhecimento teórico e transformar a prática assistencial, são modificadas as concepções anteriores e, por vezes, ultrapassadas, dando abertura para novas aprendizagens, que acarretam a melhora da qualidade da assistência em saúde (Vendruscolo et al, 2018a).

Assim, durante o Minicurso, situações eram problematizadas com a intenção de refletir e de resolvê-las dentro de um determinado campo prático e teórico. Para tanto, foi necessário identificar problemas reais do dia a dia das EqSF, justificando o desencadeamento de um processo de investigação e de ação. Nessa

ótica, os pesquisadores/facilitadores do curso desempenharam um papel ativo na ponderação sobre os problemas encontrados, pois eram profissionais experientes (no caso, enfermeiras que desempenhavam função de gestoras), assim como orienta a metodologia participativa (Thiollent, 2011).

A qualificação dos profissionais para o SUS é tema essencial no âmbito da política de saúde, considerando os seus níveis de macro e microgestão. Nessa direção, as EqSF incorporam novos elementos para a reorientação do seu processo de trabalho em saúde, que exige profissionais e atitudes capazes de operar as propostas e tecnologias inovadoras. Destacam-se, nessa perspectiva, o acolhimento, a produção do vínculo, a gestão compartilhada (cogestão) (Campos, 2000; Campos et al, 2014; correa et al, 2017) de processos de trabalho com vistas a orientar práticas interprofissionais em serviços de saúde. Todos esses elementos compõem o processo de trabalho, que está intrinsecamente ligado ao produto das relações dialógicas entre o trabalhador, o usuário e a gestão (Ceccim, 2018).

Com tais delineamentos, a EPS configura-se como um eixo imprescindível para o real desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, pois se trata de uma Política de educação que envolve estudantes, gestores, usuários e trabalhadores da saúde, operando em sintonia com a democracia e oferecendo a possibilidade real de mudança das práticas de saúde. Soma-se a isso o fato de que as mudanças tecnológicas relacionadas, sobretudo a utilização das TIC no processo de trabalho da APS, impactam as formas de gerenciamento e organização dos serviços. Apesar de notar-se uma subutilização das novas tecnologias incorporadas devido à dificuldade de os profissionais das equipes utilizarem informações e outros dispositivos sociais de apoio aos serviços de saúde, é preciso incluir no seu cotidiano laboral aparatos tecnológicos que promovam o conhecimento voltado à prevenção, promoção e reabilitação da saúde (Lima et al, 2018). Para além disso, que esses aparatos promovam a EPS e o fortalecimento de uma cultura que valorize o uso da informação para subsidiar o processo de trabalho em saúde (Vendruscolo et al, 2019b; Engstron et al, 2016).

Por tudo isso, acredita-se que o Minicurso, apoiado em um arcabouço teórico fundamentado na (co)gestão e na (co)responsabilização dos diferentes atores que operam na APS, tenha se configurado como um caminho acertado para fundamentar as ações dos gerentes. É preciso destacar, ainda, a plataforma

de educação à distância, pois este espaço virtual possibilitou o acesso ao curso sem que os profissionais precisassem deixar o cenário no qual se desenvolve a produção da saúde na APS.

As metodologias participantes e crítico-reflexivas como a pesquisa-ação e os Círculos de Cultura também foram oportunidades para a problematização do processo de trabalho durante a produção das informações que orientaram o Minicurso, pelo estabelecimento de espaços dialógicos, que favoreceram a comunicação entre os participantes e que despertam a avidez pela busca e compartilhamento do saber (Roman et al, 2017). Assim, foi possível confirmar que a EPS configura-se como importante instrumento na busca por melhorias, pois, entre outras coisas, também promove a autonomia e o protagonismo dos profissionais no seu cenário de atuação profissional, além de gerar oportunidade de mudança naquele espaço que é, por vezes, um espaço pedagógico.

Conclusão

Algumas considerações sobre esse movimento, com vistas à continuidade.

Ao relatar as contribuições do Mestrado Profissional em Enfermagem para os movimentos de educação permanente desencadeadas via Telessaúde em Santa Catarina/SC, passamos pelo resgate da prerrogativa constitucional que atribuiu ao SUS a (co)responsabilização pela formação de pessoal para atuar no sistema. Nessa direção, foi possível atestar que o MS, em uma articulação com o MEC, aposta em ações estruturantes e Políticas indutoras da reorientação da formação na saúde. Dentre estas, destacamos o Telessaúde e os Mestrados Profissionais, sendo que este último mantém uma identidade determinada não somente pela sua área temática mas, fundamentalmente, pelo desafio de integrar com rigor a pesquisa no seu processo de desenvolvimento e transformar a realidade estudada.

Frutos de um Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, as pesquisas que originaram o Minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde” foram fundamentais para gerar material científico, que contribuiu com a sua proposição, gerando debate sobre temas importantes como o gerenciamento na APS e as melhores práticas em enfermagem. Com esses elementos,

foi possível estruturar as duas Unidades Teóricas do Minicurso: (1) Instrumentos de trabalho na gestão em saúde e (2) Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde a reflexão sobre a origem. Passando por temas como a cogestão em saúde, a interprofissionalidade e a importância das ferramentas de gestão para atuar no SUS, as idealizadoras do curso elaboraram um material pedagógico que possibilitou o diálogo com as EqSF e a educação permanente a partir de informações acessíveis no seu local de trabalho utilizando-se do Telessaúde.

Os comentários obtidos no processo de avaliação do Minicurso demonstraram que o material produzido estava adequado às demandas dos profissionais e gestores em saúde provocaram repercussões na prática a partir de um movimento de EPS que parece ter culminado em processos de mudança no ideário e, ao que tudo indica, no dia a dia das equipes da APS. Essa aplicabilidade de iniciativas de EPS é o que se espera, atendendo aos seus pressupostos teórico-filosóficos, ou seja, a aprendizagem significativa, a construção do conhecimento de forma colaborativa e com base nos problemas do cotidiano das equipes de saúde.

Foi possível reafirmar a importância das ações de integração ensino-serviço, especialmente aquelas mediadas por recursos tecnológicos que permitem a educação no serviço, como é caso destes dispositivos. Agregados aos resultados de uma pesquisa participante conduzida por pesquisadores de mestrados profissionais, o movimento resultou em estratégias que podem mediar a efetiva transformação da práxis. Soma-se a isso a experiência ancorada em estratégias metodológicas singulares para dar voz aos participantes, além da iniciativa educacional, mediada por tecnologias online consonantes com as demandas e desafios atuais da EPS em todo o mundo.

O Telessaúde foi a plataforma escolhida para a transmissão do Minicurso por ser compreendido como uma Tecnologia Educacional, atendendo aos objetivos do Telessaúde Brasil ao adaptar suas ações à realidade e às necessidades das equipes de saúde em contato permanente com os profissionais e os trabalhadores que operam na APS. Assim, interesses individuais e coletivos mobilizaram os ouvintes que, mediante fragilidades ou para fortalecer potencialidades, em parceria com seus pares, acessaram o Telessaúde/SC.

Apesar do atual cenário de instabilidade do Núcleo Telessaúde/SC, pelas recentes mudanças políticas e estruturais, a busca pela integração entre o saber acadêmico e do serviço já se mostrou efetiva na transformação do modelo de atenção

hegemonicamente biomédico na direção de um modelo integral e que responda as necessidades de saúde da população. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de continuar investindo em propostas que, assim como o Telessaúde, utilizem o referencial da APS, que atuem tanto na dimensão clínica quanto na organização do processo de trabalho. Assim, reforça-se a importância de não se perder esse recurso.

Percebemos, portanto, que a EPS se comporta como um eixo imprescindível para o desenvolvimento das ações propostas pelo SUS com vistas à mudança do modelo assistencial. Trata-se de uma política que envolve estudantes, gestores, usuários e trabalhadores da saúde operando em sintonia com a democracia. Entendemos que as tecnologias de informação e comunicação ou as tecnologias educacionais, como é o caso do Telessaúde, podem servir aos movimentos de EPS, sobretudo, porque elas impactam nas formas de produzir saúde. No caso apresentado, foram importantes para instrumentalizar os profissionais ao gerenciamento e organização dos serviços da APS, apresentando aspectos conceituais da gestão e gerenciamento em saúde e ferramentas para sua aplicabilidade. Entretanto, ponderou-se, também, sobre a subutilização dessas tecnologias, por vezes, causada pela dificuldade dos profissionais das equipes em utilizar informações e outros dispositivos sociais de apoio aos serviços de saúde. Constatamos, então, que é preciso incluir no seu cotidiano laboral aparatos tecnológicos que promovam o conhecimento voltado à prevenção, promoção e reabilitação da saúde, ao encontro das missões da Atenção Primária.

Por tudo isso, acredita-se que o Minicurso, apoiado em um arcabouço teórico fundamentado na (co)gestão e na (co)responsabilização dos diferentes atores que operam na APS, tenha sido um caminho acertado para fundamentar as ações dos gerentes, com destaque para a plataforma de educação a distância, que possibilitou o acesso no cenário em que se desenvolve a produção da saúde na APS.

A formação dos profissionais de saúde se inicia na graduação e permanece presente na vida, seja por meio da pós-graduação ou de processos de educação permanente. Nesse contexto, o MPEAPS fomenta o aprimoramento constante de profissionais (neste caso, enfermeiros), acerca dos mais variados conteúdos que acompanham a práxis nos diversos cenários em que trabalham os mestrados.

O estudo contribuiu para fundamentar pedagogicamente gestores do serviço na APS para o desenvolvimento da função. Nesse contexto, apresentou

ferramentas e possibilidades que corroboram com o processo, aprofundou aspectos relacionados à interprofissionalidade e à cogestão, como conceitos importantes para tal.

Como limitações da experiência, reconhecemos a dificuldade que muitas equipes ainda possuem para acessar o Telessaúde no seu local de trabalho. Diante disso, recomenda-se que gestores e Universidades invistam nessa possibilidade pedagógica, permitindo o aprimoramento da formação profissional em saúde, principalmente na aproximação do ensino e do serviço e na reorganização das atividades práticas no cenário da APS.

Referências

- Araújo, J.A.D., Martinazzo, A.V.F, Vendruscolo, C. & Zanatta, L. (2019). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): reflexão sobre o papel do enfermeiro e desafios para a Atenção Primária à Saúde*. In: Ivânio Dickmann. (Org.). **Caminhos da Educação**. 1ª. ed. São Paulo: Dialogar, p. 293-305.
- Araújo, T.A.M., Vasconcelos, A.C.C.P, Pessoa, T.R.R.F. et al (2017) *Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view*. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(62):601-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000300601&script=sci_abstract. Acesso em 31 de Março de 2019.
- Barr, H., Ford, J., Grey, R. et al (2017). **Interprofessional education guidelines**. London: CAIPE; 2017.
- Barcellos, R.M.S. et al. (2020). *Educação Permanente em Saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás*. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2002;18(2):e0026092. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00260.
- Campos, G.W.S. (2000). *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. **Ciênc. saúde coletiva**. 2000;5(2): 219-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 24 de Abril de 2019.
- Campos, G.W.S. et al (2014). *A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada*. **Interface** (Botucatu). 2014;18(1):83-95, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.
- Ceccim, R.B., Feuerwerker, L.C.M. (2004). *O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social*. **Rev. Saúde Coletiva** 14((1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2019.
- Ceccim, R.B. (2018). *Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation*. **Interface** 22(2):1739-49. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1739.pdf. Acesso em: 27 de Março de 2020.
- Ciampone, M.H.T.; Tronchin, D.M.R.; Melleiro, M.M. (2016). *O planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial*. In: Kurcgant, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap 4.
- Correia, P.C.L., Goulart, P.M., Furtado, J.P. (2017). *A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. **Saúde Debate**. 2017; 41(esp):345-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0345.pdf>. Acesso em: 05 de Outubro de 2020.
- Engstrom, E.M., Motta, J.I., Venâncio, S.A. (2016). *Training of professionals in post-graduation courses in public health and primary healthcare in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil*. **Ciênc Saúde Colet**. 2016;21(5):1461-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1461.pdf. Acesso em: 05 de Outubro de 2020.
- El-Khoury, S.G. (2003). **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Medicina). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Farias DN, Ribeiro KSQ, Anjos UU, Brito GEG. (2018). *Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família*. **Trabalho, Educação e Saúde**; 2018;16(1):141-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.
- Felli, V.E., Peduzzi, M., Leonello, V.M. *Trabalho gerencial em enfermagem*. In: Kurcgant P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 21-32.
- Ferraz F, Vendruscolo C, Prado ML et al, (2012). *Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização*. **O Mundo da Saúde**; 36(3): 482-93. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/acoes_estruturantes_interministeriais_reorientacao_atencao.pdf. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.
- Fernandes, J. C. & Cordeiro, B. C. (2018). **The management of basic health units from the point of view of nursing managers**. *J Nurs UFPE on line*.2018;12(1):194-202. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311/25978>. Acesso em 20 de Janeiro de 2019.
- Freire, P. (2001). **Educação e mudança**. 24. ed., São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2005). **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2016). **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra.
- Gadotti, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito** (1988). 8ª ed. São Paulo: Cortez.
- Giovanella, L. (2018) *Atenção básica ou atenção primária à saúde?* **Cad. Saúde Pública**; 34(8):e00029818. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em 20 de Janeiro de 2019
- Heidemann, I.T.S.B., Wosny, A.M., Boehs, A.E. (2014). *Health promotion in primary care: study based on the Paulo Freire method*. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2014 [cited 2018 Nov 29]; 19(8):3553-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>. Acesso em 20 de Janeiro de 2019.
- Libâneo, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1987.
- Lima, J.G., Giovanella, L., Fausto, M.C.R. & et al (2018). *Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB*. **Saúde Debate** [Internet]. 2018;42(1):52-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>. Acesso em 20 de Janeiro de 2019.

- Mikael, S.S.E., Cassiani, S.H.D.B., Silva, F.A.M. (2017). *The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education*. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2017; 25: e2866. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2866.pdf>. Acesso em: 05 de Outubro de 2020.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). **Portaria GM/MS nº 198/04**. 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. [documento internet]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 27 de Março de 2020.
- Ministério da Saúde (BR). (2007) **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. [documento internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em 15 de Outubro de 2018.
- Ministério da Saúde (BR). (2017). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [documento internet]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 27 de Março de 2020.
- National Nursing Centers Consortium (NNCC). (2014) **Global Advanced Practice Nursing Symposium. United State of America**. Disponível em: http://www.nncc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf. Acesso em 12 de Junho 2018.
- Negret, F. A *Identidade e a Importância dos Mestrados Profissionais no Brasil e Algumas Considerações para a sua Avaliação* (2019). **RBPB**. 2009;1(2): 141-149. Disponível em: <http://ojs.rbpb.capes.gov.br/index.php/rbpb/article/view/152>. Acesso em 31 de Março de 2020.
- Nilson, L.G., Maeyama, M.A., Dolny, L.L. et al, (2018). *Telessaúde: da implantação ao entendimento como tecnologia social*. **RBTS**; 5(1):33-47. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/13400/7610>. Acesso em 31 de Março de 2020.
- Nilson, L.G. **Avaliação de Telessaúde para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde**. 2018b. 240f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/190251>. Acesso em 31 de Janeiro de 2020.
- Organização Panamericana de la Salud. (2019). **Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina**. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 13 de Junho de 2019.
- Organização Mundial da Saúde (2008). **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde**. Escritório Regional Africano. Brazzaville: OMS, 2008. Disponível em: <http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>. Acesso em: 13 de Junho de 2019.
- Organização Mundial da Saúde (2017). **Um guia para identificar e documentar melhores práticas em programas de planejamento familiar**. 2017 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258690/9789290341154-por.pdf?jsessionid=4253981D8B8659CA7CEC87DA28A9A3EC?sequence=5>. Acesso em: 13 de Junho de 2019.
- Roman, C., Ellwanger, J., Becker, G.C. et al, (2017). *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa*. **ClinBiomed Res**. 2017; 37(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911>. Acesso em 05 de Outubro de 2020.
- Silva, V.O., Santana, P.M.M.A. *Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios*. **Interface** (Botucatu). 2015; 19(52):121-132.
- Soratto, J. et al, (2017). *Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy*. **Texto Contexto Enferm**. 2017;26(3):e2500016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>. Acesso em: 13 de Junho de 2019.
- Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** (2002). Brasília (DF): UNESCO, MS; 2002.
- Teixeira, E. (2020). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-educacionais**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Moriá.
- Thiolentt, M. (2011). **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez.
- Trindade, L.L., Vendruscolo, C.C., Schneider, C.F., & Weber, M.L. (2019). **Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde**. Núcleo Telessaúde Santa. Dados eletrônicos. – Florianópolis CCS/ Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: www.telessaude.ufsc.br. Acesso em 27 de Agosto de 2019.
- Toso, B.R.G.O., Padilha, M.I. & Breda, K.L. (2019). **O eufemismo das boas práticas ou a prática avançada de enfermagem**. *Esc Anna Nery* 2019;23(3):e20180385. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20180385.pdf. Acesso em 01 de Abril de 2020.
- Weber, M.L., Vendruscolo, C., Adamy, E.K. et al, (2019). *Melhores Práticas de Enfermagem: potencialidades e desafios em um contexto assistencial*. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2019/9;3504
- Vendruscolo, C., Prado, M.L., Kleba, M.E. *Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (2016). **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2949-2960, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2949.pdf>. Acesso em 01 de Abril de 2020.
- Vendruscolo, C., Ferraz, F., Prado, M.L. et al, (2018a). *Intersectorial instances of management: movements for the reorientation in Health education*. **Interface**. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s1/en_1807-5762-icse-1807-576220170180.pdf. Acesso em: 17 Dezembro de 2019.
- Vendruscolo, C., Adamy, E.K., Weber, M.L. et al, (2018b). *Mestrado Profissional: promovendo a transformação da práxis em enfermagem*. In: Ivânio Dickmann. (Org.). **DNA Educação: diálogo freireano**. 2ª ed. São Paulo: Dialogar, p. 23-38.
- Vendruscolo, C., Tesser, C.D., Trindade, L.L. et al, (2019a) *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: espaço de interseção entre Atenção Primária e Secundária*. **Texto Contexto Enferm**. 2019;28:e20170560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 de Abril de 2020.
- Vendruscolo, C., Geremia, D.S., Adamy, E.K. et al, (2019b). *Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família*. **Rev. Enferm. UFSM**. 2019:e5:1-20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39634/pdf>. Acesso em 01 de Abril de 2020.
- Vendruscolo, C., Trindade, L., Maffissoni, A.L. & et al (2020). *Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional*. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(2): e20180359. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180359.pdf. Acesso em: 31 de Março de 2020.

GAMIFICAÇÃO NO ENSINO ON-LINE DIRECIONADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Gleice Assunção da Silva

Introdução

Este estudo apresenta uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de traçar o estado da arte da aplicação da gamificação no ensino on-line direcionado para profissionais de saúde, buscando mapear e analisar experiências e metodologias de educação em saúde mediadas por tecnologias Web, de modo a apoiar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009) e fomentar práticas educacionais colaborativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema deste estudo é de imensa relevância para a qualidade do desenvolvimento de processos de trabalho, educação e saúde. Por conta disso, refletir acerca de metodologias educacionais voltadas para a realidade e para o contexto em que os profissionais estão inseridos tende a ser uma ação reconhecida como promotora de transformações das práticas e dos contextos de trabalho, fortalecendo, sobretudo, “a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais” (Brasil, 2009, p. 56).

Ainda de acordo com o Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009), as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios linguísticos (semânticos) e regulações. Em vista disso, tal sistema deve ser a base para o planejamento dos processos educativos e metodologias a serem implementadas nos contextos de formação em serviço.

Diante da necessidade de buscar práticas que compreendam a organização e seu entorno como contextos reais de aprendizagem, emerge a percepção de inovação das práticas e enfoques educacionais vigentes. Essa inovação deve iniciar a partir de uma prática reflexiva e participativa que vise a solução de problemas e que esteja comprometida com a transformação das práticas coletivas em saúde.

Este estudo buscou elucidar as práticas vigentes acerca do tema pesquisado, a fim de propor novos caminhos a serem percorridos nos entrecruzamentos das tecnologias digitais, da saúde e da educação permanente dos profissionais, especificamente as práticas ligadas à gamificação no ensino on-line na educação permanente dos profissionais em saúde.

Na educação, o uso da gamificação já está consolidado e vem crescendo nos últimos anos, o que pode ser observado pelas pesquisas e trabalhos de diversos autores que discutem a temática (Garland, 2015; Kapp, 2012; Fadel, Ulbricht, Batista & Vanzin, 2014). No entanto, a gamificação no campo da educação em saúde ainda está em fase de consolidação, justificando a importância do aprofundamento e de reflexões acerca das práticas existentes, a fim de qualificar os processos de aprendizagem mediados pelas tecnologias web.

Coloca-se, assim, a necessidade de avançar os estudos nesse campo do conhecimento, tendo em vista que as ciências da saúde encontraram na gamificação um terreno fértil para a prática dos seus processos de ensino e aprendizagem (Mattar, 2018). Pode-se mencionar como uma problemática a questão do baixo nível de envolvimento dos profissionais de saúde nos processos educacionais em serviço que vem acompanhado de baixos níveis de participação e desinteresse no decorrer do processo educativo (Ding, Kim & Orey, 2017).

Nesse contexto, cabe salientar que o uso da gamificação tem se destacado no cenário dos ambientes virtuais de aprendizagem (Denmeade, 2015; Azmi & Singh, 2015), apontando melhoras no envolvimento dos profissionais no processo educativo a partir de vários aspectos, dentre eles, os aspectos motivacionais (Ding et al, 2017).

Para tanto, a fim de que seja possível compreender o contexto no qual a gamificação no ensino on-line direcionado para os profissionais da saúde está inserida, faz-se necessário refletir brevemente acerca de alguns temas, dentre eles: jogos digitais e aprendizagem; gamificação na educação; a gamificação do ensino em diferentes áreas do conhecimento e a gamificação na Educação Permanente em Saúde no contexto da educação a distância. Em sequência será relatado o percurso metodológico desta revisão integrativa, seguido da análise dos resultados e conclusões deste estudo.

Embasamento teórico

Jogos digitais e aprendizagem

A consolidação do uso das tecnologias digitais na sociedade, dentre elas os jogos digitais, remete a experiências capazes de influenciar a aprendizagem e o desenvolvimento humano. Os jogos digitais têm sido cada vez mais pensados como uma alternativa pedagógica aos processos de ensino, tendo em vista a sua contribuição para uma aprendizagem mais lúdica e motivadora (Ramos & Cruz, 2018).

Os jogos digitais caracterizam-se como uma atividade lúdica (Huizinga, 2020), nesse sentido, McGonigal (2011) destaca quatro características básicas dos jogos digitais, sendo elas: a) ter objetivos a alcançar; b) regras a cumprir; c) participação voluntária e d) *feedbacks*. A autora afirma que quanto maior o número de trabalho executado nos jogos digitais, maior a satisfação dos jogadores. Destaca ainda que, mesmo que o feedback seja de fracasso, pode se tornar divertido, além de ser uma forma de estender a experiência dentro do jogo, prolongando o processo de aprendizagem.

Os jogos digitais também se destacam pela sua interatividade e imersão. A interatividade é vista como a possibilidade de cocriação de uma obra aberta e dinâmica (Santaella, 2005), já a imersão pode ser entendida como um termo metafórico para estar submerso na água, podendo ser vivenciada através de uma narrativa capaz de criar uma realidade virtual e de refazer a própria realidade ao exercer faculdades criativas que suspendem as faculdades críticas do mundo real (Murray, 2003).

Gee (2007) menciona alguns princípios de aprendizado que estão presentes nos jogos digitais, como: a necessidade de interpretar a experiência; o aprendizado funciona melhor quando é direcionado por um objetivo; aprende-se melhor quando há *feedback* imediato na prática; aprendizes precisam de amplas oportunidades para aplicar suas experiências prévias a novas situações similares.

Pesquisas acadêmicas têm discutido o tema dos jogos digitais na educação (Prensky, 2012; Alves, 2008; Ramos & Cruz, 2018; Gee, 2009). De acordo com Gee (2003), os jogos digitais caracterizam-se como um recurso adequado e coerente às novas formas de aprender, apresentando contextos virtuais valiosos para o processo de desenvolvimento do conhecimento. Os jogos digitais podem auxiliar na assimilação de conteúdos por meio da ludicidade (Schuytema, 2008),

motivação (Hsiao, 2007; Prensky, 2001), desenvolvimento de funções executivas e auxílio em práticas colaborativas de aprendizagem (Ramos, 2013).

Em complementariedade, Ramos e Cruz (2018) afirmam que o uso dos jogos digitais em contextos educacionais contribui para a aprendizagem de conceitos e habilidades, promovendo espaços de interação social e virtual. As autoras propõem práticas pedagógicas com o uso de jogos digitais que abordem conteúdos de aprendizagem conceituais, procedimentais e atitudinais, tendo seus estudos fundamentados em Zabala (1998).

Para Zabala e Arnau (2010), quando os jogos digitais conseguem propor situações mentais e cognitivas em que os conceitos podem ser aplicados e revistos, é possível favorecer o processo de aprendizagem e reforçar as relações com o conhecimento possibilitando que o mesmo seja aplicado em situações reais.

Na prática, os estudos acerca dos conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais no campo dos jogos digitais permeiam a possibilidade de tornar a experiência de aprendizagem mais próxima das experiências de vida dos indivíduos. Nesse sentido, os jogos digitais podem ser usados para solucionar problemas complexos do mundo real. Ao desenvolver habilidades como pensamento crítico, resolução criativa de problemas e trabalho em grupo, podem gerar soluções para dilemas sociais e ambientais, modificando suas relações com o mundo (McGonigal, 2011).

A esse respeito, Shaffer (2006) aborda que os alunos, em sua maioria, não conseguem transferir com facilidade o que aprendem na escola para o mundo real, existindo um abismo entre o que se memoriza para as provas e o aprendizado necessário para resolver problemas reais. Para tanto, reflete sobre *games* que desenvolvam habilidades e competências, compreensão situada inerente à diferentes áreas de conhecimento simulando situações reais.

O autor desenvolve o conceito de *games* epistêmicos, capazes de desenvolver profissionais inovadores, sugerindo o uso profissionalizante dos *games*, tendo em vista que nos *games* epistêmicos não haveria essa desconexão, pois ao contrário de aprender inicialmente teorias e depois tentar levá-las na prática, há o inverso: os fatos, as informações e as teorias são aprendidas e lembradas porque foram necessárias para jogar, ou seja, para resolver um problema do mundo real (Shaffer, 2006).

Diante dessas premissas, a utilização dos jogos digitais em processos de aprendizagem, sejam eles escolares ou não escolares, como no caso da

Educação Permanente em Saúde (EPS), pode potencializar o aprimoramento de desempenhos dos profissionais, pois de acordo com Ramos e Cruz (2018), na interação com os jogos é possível exercitar procedimentos e habilidades, repetir ações, refletir sobre os resultados etc., isto é, seu uso oferece a possibilidade de um campo de experimentação do conhecimento, proporcionando a superação de uma condição *a priori* por meio de um processo de ação, reflexão e exploração.

Gamificação na educação

Embora existam estudos e pesquisas sobre gamificação em diferentes áreas, a gamificação da educação ou aprendizagem é o contexto mais comum para a sua implementação (Hamari, Huotari & Tolvanen, 2015). De acordo com os estudos de Borges, Durelli, Reis, e Isotani (2014), após realizarem um mapeamento sistemático sobre o tema, o resultado mostrou que a maioria dos estudos concentra-se em investigar como a gamificação pode ser utilizada na área de ensino para motivar estudantes, aprimorar suas habilidades e maximizar o aprendizado.

Antes de tudo, cabe salientar a diferença entre a gamificação e os jogos digitais. O primeiro termo trata do uso dos elementos de *design* dos jogos digitais em outros contextos particulares, como educação, saúde, política etc. (Huotari & Hamari, 2012), já o segundo constitui-se como uma atividade lúdica (Huizinga, 2020) onde as ações e decisões são limitadas por um conjunto de regras e por um universo regido por um programa de computador (Schuyttema, 2008).

A gamificação, derivada do inglês *gamification*, é um termo aplicado para definir a utilização de elementos e *design* de jogos digitais em contextos de não jogo, objetivando estimular e motivar as pessoas a alcançarem algum objetivo específico, que pode ser a mudança de comportamento ou o desenvolvimento de novas aprendizagens (Werbach & Hunter, 2012; Deterding, Dixon, Khaled & Nacke, 2011). Cabe também salientar que, de acordo com Deterding et al (2011), os elementos dos jogos digitais podem ser utilizados para gamificar atividades educacionais, sejam elas digitais ou não digitais.

De acordo com Alves (2015), um sistema gamificado pode estar adaptado ao seguinte tripé: 1) dinâmica, onde estão inseridos elementos como: restrições, emoções, narrativa, progressão e relacionamentos; 2) descrição dos mecanismos

para criação de um sistema gamificado, tais como: desafio, sorte, cooperação, competição e *feedback* e 3) componentes do jogo ou da estética: avatares, *badges* (ex: distintivos, insígnias, emblemas etc.), níveis e pontos. A autora ressalta ainda que a mecânica, a estética e os pensamentos do *game* devem trabalhar juntos, promovendo assim uma experiência gamificada.

Em complementariedade, de acordo com o Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (2012), os elementos de jogos aplicados na gamificação no ensino estão relacionados aos desejos humanos, por exemplo: o sistema de pontuação está relacionado com a necessidade de recompensa dos indivíduos; os sistemas de níveis são extremamente úteis para demonstrar o *status* pessoal; os desafios possibilitam o alcance de realizações; o sistema de *rankings* estimula a competição e o sistema de presentes possibilita a solidariedade e o altruísmo uns com os outros. Em síntese, a gamificação pode ser compreendida como o “o uso de elementos de design de games em contextos que não são de games” (Deterding et al, 2011, p. 10), desse modo, diferentes atividades podem ser gamificadas, dentre elas, a educação.

De acordo com Mattar (2018), essa temática tem estado posicionada no topo da lista das inovações em educação, destacando que, embora a sua prática não seja nova, as primeiras práticas documentadas estão registradas a partir do ano de 2008.

Para Werbach e Hunter (2012), a gamificação é composta essencialmente por três elementos: a) componentes - são compostos por medalhas, pontos, níveis, quadros de honra, avatares, entre outros; b) mecânicas - elementos impulsionadores do envolvimento do utilizador, incluindo aspectos como desafio, recompensa, competição, colaboração e retorno; e c) dinâmicas - são os elementos que aplicam fatores motivacionais através da narrativa, interação social, emoções, progressão, entre outros.

Em suma, os três elementos estão interligados, sendo que os pontos são os **componentes** que fornecem recompensas por meio das **mecânicas**, criando a sensação de progresso e envolvimento da atividade através das **dinâmicas** (Kuutti, 2013).

Ainda quanto aos elementos, cabe salientar que a sua escolha depende da finalidade do seu projeto, sendo que é possível construir: a) sistemas gamificados simples baseados em PBL: *Points* (pontos), *Badges* (emblemas) *and Leaderboards* (ranking com a classificação), objetivando promover mudanças comportamentais, ou b) construir experiências de aprendizagem gamificadas significativas que ultrapassem

as mecânicas básicas dos *games*, motivando intrinsecamente os sujeitos a melhorarem o seu desempenho dentro do contexto em que se encontram (Fardo, 2013).

Podem-se compreender melhor os elementos de jogos mencionados por Deterding et al (2011) aplicados na prática por meio da revisão sistemática realizada por Tenório, De Góis & Santos (2016), que objetivou analisar estudos que aplicam gamificação em ambientes educacionais, verificando suas formas de aplicação e possíveis impactos nos estudantes. De acordo com o estudo, o resultado das aplicações da gamificação na educação apontam algumas premissas importantes para a reflexão, dentre elas: a) alguns dados quantitativos não apresentaram diferença significativa no desempenho dos alunos, segundo Domínguez, Saenz-de-Navarrete, de-Marcos, Fernández-Sanz, Pagés & Martínez-Herráiz (2013 apud Tenório et al, 2016); b) o ambiente gamificado apresentou maiores índices de participação quando comparado ao ambiente virtual tradicional, conforme de-Marcos, Domínguez, Saenz-de-Navarrete & Pagés (2014 apud Tenório et al, 2016); c) recompensas externas não favoreceram o engajamento, no entanto não prejudicaram os índices de motivação dos estudantes e apresentaram ganhos no entendimento da disciplina, segundo Filsecker & Hickey (2014 apud Tenório et al, 2016); d) com os mesmos elementos, mostrou que alunos submetidos aos formatos de gamificação mostraram menores índices de motivação e satisfação, de acordo com Hanus & Fox (2015 apud Tenório et al, 2016); e) apenas com emblemas é possível motivar a aprender significativamente quando professores provêm o contexto correto, conforme Boticki, Baksa, Seow & Looi (2015 apud Tenório et al, 2016); f) os emblemas foram bem recebidos pelos estudantes e se tornaram registros oficiais de suas habilidades, segundo Azmi & Singh (2015 apud Tenório et al, 2016); g) emblemas agem como uma recompensa e tendem a motivar o aluno, porém devem se ajustar aos objetivos pedagógicos, tal qual Jovanovic & Devedzic (2015 apud Tenório et al, 2016); h) quadro de líderes pode afetar o desempenho dos alunos, algumas vezes negativamente, de acordo com Christy & Fox (2014 apud Tenório et al, 2016); i) a colaboração tem um forte potencial para o desempenho dos estudantes, conforme Boticki et al (2015 apud Tenório et al, 2016) e j) a gamificação na educação é uma técnica promissora que pode favorecer a participação e o engajamento dos usuários, como afirma de-Marcos et al, 2014 apud Tenório et al, 2016) e Attali e Arieli-Attali (2015 apud Tenório et al, 2016).

Em suma, é perceptível o potencial de gamificação no ensino uma vez que apresenta claramente índices de engajamento e participação, sendo que

melhorando tais índices é possível afetar, dentre outros aspectos, o desempenho acadêmico e a motivação (Tenório et al, 2016).

De igual forma, a revisão sistemática de Hamari et al (2015), apontou resultados positivos em relação a categorias como motivação, envolvimento e tarefas de aprendizagem, no entanto, apresentou aspectos negativos referentes ao aumento da concorrência, às dificuldades em avaliar as tarefas realizadas e as características do *design*. Como sugestão, salientam que elementos que fomentam a competição devem ser utilizados com cautela ou substituídos pelos que incentivam a colaboração (Hamari et al, 2015).

Diante dos resultados apresentados, corrobora-se com a pesquisa de Figueiredo, Paz e Junqueira (2015), que realizaram o estado da arte das pesquisas em gamificação e educação, revelando a necessidade de desenvolvimento de mais investigações na área, sublinhando também a necessidade de que as pesquisas e as práticas educativas se retroalimentem, aprofundando o conhecimento em torno deste emergente campo de estudo, principalmente no que se refere às suas relações com campos teóricos interdisciplinares.

A integração da gamificação nos sistemas de aprendizagem on-line

Em conformidade com Mattar (2018) e Deterding et al (2011), a gamificação não precisa estar relacionada apenas com as tecnologias digitais, pois os elementos dos *games* podem ser utilizados em ambientes não digitais. No entanto, no contexto da gamificação na educação, destaca-se a gamificação em ambientes virtuais de aprendizagem (Denmeade, 2015; Azmi & Singh, 2015).

Nesse sentido, a pesquisa de Ogawa, Magalhães, Klock & Gasparini (2015) realizou uma análise comparativa de estudos que utilizaram a gamificação em ambientes virtuais de aprendizagem em contextos diversificados. Por meio de uma busca exploratória em mecanismos de busca acadêmicos, os autores encontraram trabalhos que avaliaram e compararam a experiência de estudantes em ambientes virtuais de aprendizagem, utilizando experimentos controlados antes e após a implementação das técnicas de gamificação. Mediante a análise dos estudos foi possível identificar as etapas comuns presentes nos experimentos: a) definição dos elementos de gamificação e implantação do sistema; b) definição do grupo

de interesse para aplicação do experimento; c) divisão do grupo de pesquisa em grupo de interesse e grupo experimental; d) realização de pré-testes; e) utilização do sistema gamificado pelos grupos em separado; f) coleta de dados de uso; g) realização de pós-testes e h) organização e análise dos dados obtidos.

Para Ogawa et al (2015), a análise de tais estudos possibilitou o entendimento de que cada trabalho aplicou o seu processo de avaliação utilizando diferentes métricas e elementos de gamificação. De acordo com os autores, é possível concluir que a gamificação proporciona ao estudante um sistema em que é possível visualizar o efeito de suas ações e aprendizagem. No entanto, salienta que para que se obtenha os resultados esperados é necessário conhecer os alunos, o conteúdo a ser apresentado e o ambiente em que está inserido.

Salienta-se que por meio da plataforma Moodle (acrônimo de *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*) é possível explorar alguns princípios de desenhos educacionais para a implementação de experiências de aprendizagem gamificadas, embora a plataforma Moodle não tenha sido concebida para ser um sistema de aprendizagem gamificado, atualmente é possível aplicar conceitos nos cursos e atividades on-line (Mourato & Piteira, 2019).

Mourato e Piteira (2019) exemplificam como cada um dos princípios e elementos dos jogos podem ser adaptados à plataforma Moodle, como: acesso restrito ou bloqueado; definição de obtenção de elementos simbólicos (medalhas) pelo alcance de objetivos de aprendizagem; pontos e *leaderboards* atribuídos em resultado ao alcance de objetivos ou premiação pelas suas interações e visualização de progresso. Os autores destacam ainda que a plataforma Moodle tem desenvolvido diversos *plug-ins*, tendo em vista o interesse crescente nos mecanismos baseados em jogos, dentre os quais sublinham o “QuizVenture”, um plug-in que pode ser configurado com a base de dados das perguntas, consistindo em um jogo simples que objetiva destruir as naves que correspondem às respostas corretas, nesse sentido, podendo ser utilizado como uma atividade avaliativa.

A gamificação na educação em saúde no contexto atual

Os novos hábitos mentais advindos do avanço das tecnologias digitais no meio social em que a sociedade está inserida têm gerado nos indivíduos novos modos

de pensar e agir. A hiper mobilidade e a ubiquidade, esta última conceituada como a “habilidade de se comunicar a qualquer hora e em qualquer lugar via aparelhos eletrônicos espalhados pelo meio ambiente” (Santaella, 2013, p. 15), fez com que os indivíduos se transformassem também em seres ubíquos, os quais estão ao mesmo tempo presentes e ausentes, ao mesmo tempo em algum lugar e fora dele, transmitindo assim um sentimento de onipresença (Santaella, 2013). Nesse sentido, como pensar a prática educativa em saúde no contexto de espaços, tempos e sujeitos ubíquos?

A aprendizagem ubíqua traz aos processos de Educação Permanente em Saúde um grande desafio no que se refere às novas formas de comunicação para este processo formativo, cujo desafio está em compreender o conhecimento como uma teoria em constante mutação. Em complementaridade, o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) afirma que as complexas necessidades de saúde do mundo contemporâneo, como as mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e as novas demandas no processo de trabalho em saúde exigem pensar novas formas de prover a formação dos profissionais da saúde de modo que estejam aptos para lidar com os desafios dos sistemas de saúde atuais.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) apresentam impactos nos processos de trabalho em saúde, emergindo a necessidade de formação dos profissionais da saúde para o seu uso nos diferentes contextos da prática profissional. Desse modo, a preocupação com a educação permanente dos profissionais em saúde suscita a necessidade de refletir acerca de novas estratégias e modalidades de aprendizagens mediadas pelas tecnologias digitais no âmbito da atenção à saúde.

Sendo assim, os processos educativos mediados pelo uso das tecnologias digitais têm se destacado proporcionando aos envolvidos experiências positivas. A Educação a Distância (EaD) permite essa aproximação possibilitando a construção de espaços formativos que colaborem para a aprendizagem de conceitos e reflexão de práticas em serviço. Como exemplo, pode-se citar o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), que propõe uma educação voltada para práticas interprofissionais em saúde, prevendo a incorporação de estratégias que possam viabilizar as ações mediadas pelas tecnologias em diferentes modalidades formativas (Brasil, 2018). “Nesse contexto, a EaD torna-se uma ferramenta

de fortalecimento do SUS no que diz respeito à educação permanente e como estratégia de inovação na formação e qualificação dos profissionais de saúde” (Sachett, Gonçalves, Reis, Santos, Gomes & Osis, 2019, p. 26).

Dentre as inúmeras práticas que as tecnologias têm possibilitado a este campo, destacam-se neste relatório as práticas baseadas na gamificação da aprendizagem on-line, compreendendo-a como uma estratégia que permite o desenvolvimento da criatividade, imaginação, pensamento lógico e aprendizado mais lúdico e ativo. De acordo com Sachett et al (2019, p. 27):

A gamificação na educação em saúde ajuda a enriquecer os cenários virtuais, possibilitando a concepção de brincadeiras como elementos para manter o aluno mais engajado em suas atividades, ao mesmo tempo em que os objetivos dos recursos educacionais utilizados devem ser alcançados. Com isso, o uso de metodologias inovadoras é significativo, pois permitem a interatividade e um estímulo para aprender [...]. O uso de cenários virtuais, por exemplo, é uma alternativa que permite o uso adequado de ferramentas multimídia apresentar situações-problemas que acompanham outras aprendizagens e objetos, como vídeos, jogos e atividades avaliativas. Outro modelo de ensino atualmente utilizado são os AVAs, o que facilita disseminação de conhecimento e, principalmente, acesso a cursos sem a necessidade de mover o aluno para um local específico de estudo.

Estudos afirmam que a gamificação pode ter impacto positivo na saúde, bem-estar e nos aspectos cognitivos dos usuários (Johnson, Deterding, Kuhn, Staneva, Stoyanov & Hides, 2016), concluindo que a memória de trabalho e as funções executivas foram mais objetivas para avaliação e treinamentos gamificados (Lumsden, Edwards, Lawrence, Coyle & Munafò, 2016).

Para Muangsrinoon e Boonbrahm (2019), no contexto da saúde, existem muitos exemplos de aplicativos gamificados de telemedicina e autoaprendizagem sobre doenças que podem apoiar o tratamento e o diagnóstico em saúde. Apesar disso, cabe salientar que embora a gamificação on-line em saúde tenha atraído muita atenção nos últimos anos, ainda há escassez de evidências empíricas válidas nesse campo, justificando o aprofundamento de pesquisas nesta área do conhecimento (Sardi, Ali & Fernández-Alemán, 2017).

Procedimentos metodológicos

A presente revisão teve como questão norteadora: quais as práticas e pesquisas realizadas no âmbito da gamificação no ensino on-line direcionadas para profissionais da saúde podem ser evidenciadas nos últimos 10 anos?

A revisão integrativa da literatura através da busca nas fontes de pesquisa e a seleção das publicações de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, bem como a avaliação de qualidade, ocorreu entre os dias 25 de janeiro e 25 de fevereiro de 2020.

As fontes de pesquisa utilizadas foram: SciELO, ERIC, Scopus, ScienceDirect, Google Acadêmico, Web of Science, PubMed e Portal de Periódicos CAPES. Para a realização das buscas nas fontes de pesquisa foi utilizada a seguinte expressão de busca: “health”AND “e-learning”AND “gamification”. O operador booleano “AND” buscou a intersecção entre estes dois termos a fim de delimitar o foco da busca nas bases de dados pesquisadas. As diferentes cores apresentadas na Tabela 1 objetivam relacionar os artigos encontrados em cada fonte de pesquisa aos demais quadros apresentados neste trabalho.

Os critérios de inclusão selecionados para a pesquisa foram os seguintes:

a) artigos contendo experiências realizadas no âmbito da gamificação no ensino on-line direcionado para profissionais da saúde; b) revisões de literatura ou sistemáticas sobre o tema; c) publicações realizadas entre os anos de 2010 a 2020; d) estar disponível na íntegra e e) título e/ou resumo contendo as palavras chaves de pesquisa. Paralelamente, os critérios de exclusão foram: a) artigos repetidos; b) pesquisas anteriores ao ano de 2010; c) trabalhos que analisam experiências e práticas não voltadas para a educação on-line de profissionais em saúde e; e) título e resumo sem palavras selecionadas ou diferentes do contexto a ser pesquisado.

Na primeira fase da pesquisa 1.162 artigos foram encontrados e respectivamente selecionados de acordo com as três fases da pesquisa: fase 01 (resultado amplo apresentado nas plataformas de busca de acordo com as palavras chaves selecionadas e filtros); fase 02 (realização da leitura dos títulos e seus resumos aplicando os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente); fase 03 (leitura na íntegra e avaliação de qualidade dos artigos objetivando a seleção dos estudos que apresentavam como temática principal a gamificação no ensino on-line direcionada para profissionais da saúde).

No Quadro 1, podemos observar a quantidade de estudos que foram encontrados e selecionados durante cada fase da busca deste estudo:

Quadro 1. Quantidade de artigos selecionados em cada fase da revisão sistemática

Base de dados	Fase 01	Fase 02	Fase 03
SciELO	3	2	2
ERIC	645	2	1
Scopus	34	1	1
ScienceDirect	115	15	6
Google Acadêmico	21	3	1
Web of Science	10	1	1
PubMed	8	3	2
Portal de Periódicos CAPES	326	1	1
Total	1.162	28	15

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Na terceira fase da revisão foi definida a sistematização de perguntas que direcionaram a pesquisa a fim de elencar as publicações de maior relevância. O estudo foi guiado pelas seguintes indagações, as quais foram categorizadas posteriormente através de suas respostas (S= sim ou N= não), buscando selecionar os materiais bibliográficos que poderiam trazer uma maior colaboração aos objetivos deste estudo:

- a) Pergunta 1- A publicação identificou e caracterizou experiências de gamificação no ensino on-line direcionada para profissionais da saúde?;
- b) Pergunta 2- A publicação descreveu os procedimentos metodológicos utilizados na experiência de gamificação no ensino on-line direcionada para profissionais da saúde?;
- c) Pergunta 3- A publicação emergiu caminhos a percorrer no âmbito da gamificação no ensino on-line direcionada para profissionais da saúde a fim de que seja possível produzir experiências qualitativas neste campo de estudo?

Em relação às perguntas da avaliação de qualidade, os artigos que responderam negativamente a ambas as perguntas após a leitura na íntegra, os documentos foram automaticamente excluídos da amostra por não terem relação direta com o objeto de estudo.

Desse modo, segue no Quadro 2 a lista dos artigos selecionados para análise de acordo com a metodologia proposta neste estudo:

Quadro 2. Artigos selecionados na avaliação de qualidade

Nº	Ano da publicação	Título da publicação
01	2017	La gamificación quis la educación superior: quis revisión sistemática.
02	2018	Uso de gamificação para o ensino de informática em enfermagem
03	2019	Health care gamification: a study of game mechanics and elements.
04	2018	Evadisc a non-small cell lung evad educational program for evadisciplinar teams
05	2019	Cloud-assisted gamification for education and learning–recent advances and challenges
06	2018	Learn+Fun! Social Media and Gamification sum up to Foster a Community of Practice during quis Emergency Medicine Rotation
07	2013	A proposal of mobile system to support scenario-based learning for health promotion
08	2018	Blended learning in anatomy teaching for non-medical students: quis innovative approach to the health professions education. health professions education
09	2017	Studies of student engagement in gamified online discussions.
10	2016	Evolving educational techniques in surgical training
11	2017	Using gamification to improve productivity and increase knowledge retention during orientation
12	2017	A systematic review of gamification in e-Health
13	2016	A model driven approach to the design of a gamified e-learning system for clinical guidelines.
14	2015	Digital literacy in the medical curriculum: a course with social media tools and gamification.
15	2019	Serious gaming and gamification education in health professions: systematic review

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Apresentação e discussão dos resultados

Esta seção descreve os resultados e a análise da literatura integrativa realizada. Dos 15 artigos analisados, 5 (33,3%) foram desenvolvidos nos Estados Unidos, 3 (20%) no Brasil, e os outros 7 trabalhos (46,7 %) foram advindos de diferentes países: Malásia (1), Colômbia (1), Espanha (1), Hong Kong (1), Hungria (1), Noruega (1) e Reino Unido (1).

Quanto ao idioma, 13 (86,8%) artigos foram escritos em língua inglesa, 1 (6,6%) em espanhol e 1 (6,6%) em português. Em relação ao ano das publicações, observa-se uma maior incidência nos últimos 3 anos (80% dos estudos), de forma que no ano de 2019 foram publicados (4 artigos), seguido de 2018 (4 artigos) e 2017 (4 artigos), 2016 (1 artigo), 2015 (1 artigo) e por fim, 2013 também com uma publicação.

Em relação às modalidades de ensino, pode-se destacar que 100% (15) dos artigos pesquisados referem-se à pesquisas realizadas sobre gamificação na educação dos profissionais de saúde no campo da modalidade de ensino a distância.

Quanto ao tipo de estudo, conforme pode-se observar, 40% deles apresentam estudos teóricos por meio de 3 revisões sistemáticas (20%) e 3 revisões de literatura (20%). As demais pesquisas caracterizaram-se como: 2 estudos experimentais (13,3%), 4 estudos descritivos (26,8%), 2 estudos exploratórios (13,3%) e 1 estudo quase experimental (6,6 %).

Conceituação e características

Foi observado nos últimos anos um aumento no número de artigos e pesquisas explorando esse tópico, sendo assim, os cursos universitários, cursos abertos on-line, conferências e *workshops* começaram a usar elementos de gamificação no ensino, evidenciando uma tendência na área da educação e saúde (Brull, Finlayson, Kostelec, MacDonald & Krenzischeck, 2017).

O uso de dispositivos móveis como ferramenta de aprendizado em saúde pública contribui para a redução de custos sociais, porque permite o processo educativo sem a retirada do profissional do ambiente de trabalho para treinamento. Ainda, destaca-se o uso de situações e protocolos de saúde baseados em casos reais como forma de melhorar o desempenho dos profissionais, permitindo uma

aprendizagem teórica e prática. A possibilidade de interatividade proporcionada pelos cenários virtuais permite um melhor estímulo à aprendizagem, viabilizando que os profissionais organizem e estruturem respostas às situações apresentadas, permitindo o uso de atividades práticas que representam o mundo real (Menezes, Gusmão & Machiavelli, 2013).

É possível afirmar que a gamificação tem potencial para constituir uma estratégia pedagógica de alternância com os métodos tradicionais de ensino, sendo considerada uma abordagem interessante e inovadora, seguramente aplicável aos processos de ensino em saúde, influenciando positivamente no processo de ensino-aprendizagem (Castro & Gonçalves, 2018).

A gamificação, ao utilizar elementos do jogo como, pontos, insígnias e tabelas de classificação, no contexto de não jogo, é capaz de envolver os participantes, proporcionando um nível de diversão e incentivo, atraindo cada vez mais as gerações mais jovens que se sentem confortáveis com o uso de *smartphones*, *tablets* e outras tecnologias (Brull et al, 2017).

De acordo com a pesquisa, a gamificação em saúde está sendo amplamente explorada como uma técnica que aumenta os níveis de engajamento (Menezes et al, 2013), auxiliando problemas educacionais como a motivação e comprometimento, bem como servindo de apoio às áreas: cognitivas, emocionais e sociais dos estudantes (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Para Menezes et al (2013), é possível aprimorar os padrões de ensino, visto que ao vivenciarem esta metodologia de aprendizado, os profissionais retêm um nível maior de conhecimento, além de poderem produzir mudanças comportamentais positivas no campo da educação em saúde (Garett & Young, 2019).

Pode-se estabelecer que a gamificação não possui uma definição universal ou uma estrutura comum padrão, embora possa se afirmar que se trata de uso dos jogos em contextos diferentes deste. Denota-se que os trabalhos analisados por Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017) não distinguem claramente se a gamificação é uma técnica, metodologia, estratégia ou dinâmica. No entanto, o campo da educação considera a gamificação uma estratégia pedagógica (Centro de Inovação para a Educação Brasileira, [s.d.]).

Na sequência da análise efetuada aos artigos selecionados e das evidências científicas encontradas, considera-se relevante a apresentação de três temáticas: a)

estratégias de aplicação da gamificação na EPS; b) análise do desenvolvimento e implementação dos modelos e c) principais resultados dos estudos selecionados.

Conceituação e características - Estratégias de aplicação da gamificação na EPS

Nos estudos, foram destacadas 13 experiências práticas de aplicação da gamificação da educação de profissionais da saúde, as quais seguem descritas no Quadro 03:

Quadro 03. Processos educacionais gamificados e suas aplicações no contexto da EPS

Autor	Descrição do processo educacional
Nevin, Westfall & Rodriguez, (2014 apud Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017)	O artigo mostra a experiência de apropriação de software educacional com base na gamificação para a área da saúde. Esta experiência é testada por um grupo de estudantes médicos residentes da universidade do Alabama. O jogo é chamado de medicina interna Kaizen e busca reforçar conceitos, além de verificar sua apropriação ao longo do tempo. O artigo mostra os resultados da implementação do jogo e como ele foi aceito entre o público-alvo.
Garcia, (2015 apud Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017)	Aborda o desenvolvimento de uma plataforma chamada Mediktor que através de um aplicativo desenvolvido com conceitos de inteligência artificial, permite que o estudante de medicina esteja mais próximo dos conceitos necessários para fazer um diagnóstico bem-sucedido, visto que a ferramenta facilita esse objetivo, que por sua vez alimenta um banco de dados no mundo que, em longo prazo, através de big data, espera-se que seja capaz de explorar para fornecer melhores diagnósticos.
(Murgu, Rabito, Lasko, Jackson, Mino-Kenudson, Ettinger & Ramalingam, 2018)	O estudo apresenta um programa chamado GAIN 3.0 que visa o aprimoramento e colaboração interdisciplinar para diagnóstico, avaliação e tratamento eficazes do câncer de pulmão de células não pequenas (NSCLC). O programa usou um modelo de sala de aula invertida que incluía um componente de e-learning por meio de um programa interativo de simulações práticas, workshops em pequenos grupos, gamificação e discussões de casos. Os participantes incluíram membros acadêmicos e da comunidade de equipes multidisciplinares de câncer de pulmão. As avaliações incluíram uma pesquisa de linha de base, um pré-teste e pós-teste, uma avaliação do programa, uma pesquisa de longo prazo (LTS) e uma avaliação dos participantes no local.
(Hakak, Noor, Ayub, Affal, Hussin, Ahmed & Imran, 2019)	Foi mencionada pelos autores uma estrutura de gamificação social baseada no ambiente de aprendizagem denominado “K-6” que objetiva aprimorar o processo de aprendizagem. A estrutura deste ambiente é baseada em elementos mecânicos e dinâmicos do jogo, promovendo a motivação. Os autores apresentam três principais abordagens: a) o conteúdo do jogo pode ser usado para incorporar o elemento de aprendizado; b) combinar um elemento sério de aprendizado de jogo com um objetivo recreativo e c) incluir habilidades de resolução de problemas.

Leba, Ionică & Apostu, (2014 apud Hakak, 2019)	Apresenta um aplicativo baseado na gamificação para treinar estudantes de medicina. O referido aplicativo propõe um próprio modelo de gamificação e é focado em imagens de anatomia e tomografia computadorizadas com o objetivo de motivar e ensinar aos estudantes de medicina o procedimento de segmentação dos diferentes órgãos do corpo humano por meio de uma abordagem baseada na Web.
(Grangeia, Jorge, Cecílio-Fernandes, Tio & Carvalho-Filho, 2018)	O estudo descreve a implementação de um curso de emergência baseado no Moodle, como uma estratégia combinada, complementando as atividades clínicas do curso de medicina. De acordo com o estudo, todas as atividades on-line eram relacionadas à solução de problemas e foram baseadas em casos clínicos reais. O estudo descreve também a criação de um personagem do Facebook, dentre eles, o “Jacinto Bemelhor”. A ideia era combinar as melhores características psicológicas dos professores clínicos em uma personalidade única: um professor competente, com habilidades extraordinárias na comunicação com os alunos, um personagem alegre que poderia ajudar a transformar o aprendizado em uma experiência agradável. Por meio da estratégia de gamificação foi possível reunir atividades diferentes em três guias de estudo consecutivos, denominadas: “Emergency Cool”, “Emergency Pro” e “Emergency Insane”.
(Menezes et al, 2013)	O estudo apresenta uma proposta de sistema móvel para educação continuada em promoção da saúde através de cenários virtuais e gamificação, denominada: “SABRE Comunidades”. A proposta compreende um conjunto de cenários virtuais (comunidades) que apresentam situações problema de saúde para estudantes, trabalhadores e população, permitindo o desenvolvimento de atividades educacionais. O SABRE visa integrar cursos de extensão e de especialização acadêmica, complementando os materiais didáticos, por meio do uso de tecnologias móveis (smartphones e tablets) em ambientes virtuais.
(Ngan, Tang, Chan, Chen & Tang, 2018)	Apresenta um material didático chamado Estudo Profissional Eletrônico (ePS), que foi desenvolvido e utilizado para o ensino de anatomia do sistema cardiovascular para estudantes de medicina. O ePS é composto por três palestras condensadas e gravadas, guias de revisão e testes gamificados. Estes materiais foram disponibilizados na plataforma Web para os alunos assistirem antes da aula didática. Os períodos de aula programados foram dedicados à participação em exercícios de aprendizado ativo.
(Ding et al, 2017)	A pesquisa apresenta o “gEchoLu” (ferramenta de discussão on-line gamificada contendo elementos de jogos, como: sistema de emblemas, pontos de experiência, níveis, barra de progresso, sistema de classificação e um sistema de aprovação). A ferramenta foi projetada e implementada com alunos do curso de psicologia. O curso ocorreu durante um semestre. As discussões on-line aconteceram fora das atividades de classe. Foram elaborados e disponibilizados três tópicos de discussão, onde cada tópico teve duração de uma semana. O primeiro estudo centrou-se na observação do envolvimento dos alunos em discussões on-line, já o segundo estudo teve como objetivo investigar a relação dos elementos do jogo implementados no gEchoLu sobre a motivação e o envolvimento dos alunos nas discussões on-line.

(Evans & Schenarts, 2016)	Aborda o crescimento dos recursos cirúrgicos on-line e fala da popularidade do e-learning. A iniciativa do Conselho Cirúrgico de Educação de Residentes (SCORE) foi criada em 2004 para fornecer aos residentes médicos materiais educacionais de alta qualidade e programas estruturados de autoaprendizado em todas as áreas da cirurgia geral via portal da Web SCORE. Dados iniciais sugerem que o SCORE melhora a qualificação dos residentes cirúrgicos. A Iniciativa Web para Educação Cirúrgica de Médicos (WISE-MD) é uma série de módulos baseados na Web, que propõe que a melhoria da aprendizagem ocorre quando a animação e a narração ocorrem ao mesmo tempo, especialmente se esse processo ativar o conhecimento prévio. O artigo menciona exemplos de softwares usados para criar módulos de e-learning, como: Articulate, Camtasia e Elucidat, que permitem criar uma plataforma de aprendizagem baseada na teoria da aprendizagem de adultos, incentivando, envolvendo, motivando e promovendo a interatividade dos aprendentes. Objetivando a melhoria cirúrgica das operações de conhecimento clínico, menciona a “SICKO”, ferramenta educacional que aplica técnicas de gamificação para ensinar a análise de doenças cirúrgicas clássicas
(Brull et al, 2017)	O estudo foi desenvolvido com uma amostra de 115 enfermeiros. O estudo que, anteriormente consistia em três dias de ensino didático em sala de aula, incluindo um custo em média de 15 salários, foi substituído por módulos de aprendizagem on-line, nos quais os objetivos de aprendizagem foram concluídos entre duas e quatro horas apenas. A princípio, as mesmas apresentações em PowerPoint que eram usadas na sala de aula foram colocadas no ambiente virtual por meio de um módulo de gamificação onde foram apresentados ao “Word of Salus”, uma jornada de cuidado que combinou elementos como avatares, pontos, missões e desafios.
(Nyameino, Rabbid, Werek, Mughala & Lamob, 2019)	Os autores descrevem a utilização de um protótipo para a gamificação objetivando projetar um sistema de e-learning gamificado para diretrizes clínicas, visando aumentar a motivação e o envolvimento. Os autores mencionam que as diretrizes de prática clínica (CPGs) são indispensáveis na medicina baseada em evidências. A abordagem envolve o uso de modelos para diferentes aspectos do sistema: um modelo de entidade para o domínio clínico, um modelo de fluxo de trabalho para os processos clínicos e um modelo de jogo para gerenciar as sessões de treinamento. Para o projeto do sistema de treinamento gamificado, foi utilizado um modelo de abordagem de engenharia orientada (MDE). O MDE é compreendido como um sistema de desenvolvimento que promove o uso de modelos como artefatos primários que conduzem todo o processo de desenvolvimento.
(Castro & Gonçalves, 2018)	Este artigo descreve a experiência de construção de um curso em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) com elementos de gamificação para serem utilizados no ensino de informática em saúde e enfermagem para estudantes de graduação em enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

De acordo com os resultados apresentados, a segunda área com maior percentual de trabalhos encontrados na gamificação do ensino está relacionada às ciências da saúde (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Nesse sentido, a

maioria das aplicações encontradas foram utilizadas e testadas com acadêmicos de medicina (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017; Hakak et al, 2019; Grangeia et al, 2018; Ngan et al, 2018; Evans & Schenarts, 2016; Nyameino et al, 2019), seguido de dois estudos que foram destinados a acadêmicos de enfermagem (Brull et al, 2017; Castro & Gonçalves, 2018), um que foi aplicado em equipes multidisciplinares de saúde (Murgu et al, 2018), e outro aplicado a estudantes de psicologia (Ding et al, 2017).

Para Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), não há como definir um padrão universal ou uma estrutura comum para a utilização da gamificação. Dentro desta ótica, foram encontrados diferentes recursos, produtos e formatos mediados pelas tecnologias Web que foram utilizados para a aplicação dos processos gamificados, dentre eles: jogo medicina interna Kaizen, segundo Nevin et al (2014 apud Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017); plataforma Mediktor, segundo Garcia (2015 apud Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017); programa GAIN 3.0 (Murgu et al, 2018); ambiente de aprendizagem “K-6” (Hakak et al, 2019); aplicativo baseado em um modelo de gamificação focado em imagens de anatomia e tomografia computadorizadas, segundo Leba et al (2014 apud Hakak et al, 2019); curso de emergência baseado no Moodle (Grangeia et al, 2018); sistema móvel “SABRE Comunidades” (Menezes et al, 2013); material didático “ePS” (Ngan et al, 2018); ferramenta de discussão on-line gamificada denominada “gEchoLu” (Ding et al, 2017); portal da Web SCORE (Evans & Schenarts, 2016); módulos baseados na Web “WISE-MD” (Evans & Schenarts, 2016); *softwares* usados para criar módulos de *e-learning*, como: Articulate, Camtasia e Elucidat (Evans & Schenarts, 2016); ferramenta educacional “SICKO” (Evans & Schenarts, 2016); ambiente virtual “Word of Salus” (Brull et al, 2017); sistema de *e-learning* gamificado para diretrizes clínicas (Nyameino et al, 2019); curso em AVA com elementos de gamificação (Castro & Gonçalves, 2018).

Conceituação e características - Análise do desenvolvimento e implementação dos modelos

Para Hakak et al (2019), existem muitas plataformas que podem ser empregadas para implementar a gamificação, como computação em nuvem, computação afetiva e computação distribuída.

Quanto às possíveis fases de desenvolvimento de uma atividade gamificada, pode-se referenciar como exemplo o processo de produção de um curso em AVA com elementos de gamificação. O processo contemplou as seguintes etapas: a) produção de conteúdo instrucional sobre informática em saúde e enfermagem a partir de revisão bibliográfica da literatura, com posterior síntese dos achados e elaboração do material didático; b) escolha dos elementos de gamificação adotados; c) diagramação do material produzido na plataforma Moodle na versão 3.1 e d) finalização do curso e desenvolvimento de testes (Castro & Gonçalves, 2018).

Em complementaridade, foram identificados os requisitos mínimos necessários para a elaboração de uma atividade gamificada: motivação, *design* de tarefas, tarefas de curto prazo, identidade de jogo, sistema de recompensa (Hakak et al, 2019), motivação, clareza de objetivos, teste de ideias de gamificação, capacidade de controlar o cenário de trapaça no jogo, otimização de tarefas para progresso em longo prazo e resultado geral dos jogos, de acordo com Morschheuser & Hamari (2018 apud Hakak et al, 2019).

Também são referenciadas diferentes estruturas de gamificação desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos de aprendizagem a serem alcançados (Menezes et al, 2013). Como exemplo pode-se citar a estrutura de gamificação baseada na teoria da autodeterminação citada por Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), objetivando aumentar a autonomia e a competência por meio de atributos como: *feedback* positivo, pontos e tabelas de classificação, e também os estudos de Blohm e Leimeister (2013), que sugeriram pesquisas sobre motivação intrínseca e extrínseca nas quais a gamificação incorpora o uso de mecânicas, como sistemas de pontuação, classificações e sistemas de reputação.

A gamificação integra a mecânica de jogos em diferentes contextos, fornecendo motivação e engajamento dos participantes para uma determinada finalidade (Menezes et al, 2013). Diferentes elementos de games foram encontrados nos estudos analisados os quais ilustram as inúmeras possibilidades de criação de um ambiente educativo gamificado.

Denota-se que para alcançar objetivos específicos de aprendizagem por meio de um ambiente gamificado se faz necessário o uso de estratégias. De acordo com os estudos analisados, os autores corroboram que os processos gamificados permitem a participação dos usuários em constantes desafios e tarefas difíceis, denominadas

“missões” (Menezes et al, 2013; Sardi et al, 2017; Evans & Schenarts, 2016), propiciando o alcance de metas necessárias em um curto espaço de tempo (Ngan et al, 2018).

As **recompensas e os pontos** são os elementos mais destacados nos estudos analisados. Para Garrett e Young (2019), a mecânica de pontos onde os participantes são recompensados por concluir determinadas tarefas está presente em 70% dos estudos da área. Tal afirmativa também pode ser evidenciada nos estudos de Sardi et al (2017), que apontam que as recompensas (crachás, pontos, troféus, fitas e medalhas foram integrados para premiar os usuários após a conclusão de uma tarefa ou após o nivelamento) foram os incentivos mais utilizados na gamificação de aplicativos de saúde eletrônica.

No entanto, encontra-se a presença de recompensas reais, como a experiência de Ngan et al (2018), que premiou as três primeiras colocações do *ranking* do *quiz* gamificado com cupons de livros.

Também foram identificadas premiações personalizadas. No estudo de Ding et al (2017) foi elaborado um sistema de crachás que permitia que os instrutores criassem, projetassem e os designassem aos alunos como um tipo de recompensa com base em seu desempenho nas discussões. De acordo com os autores, dois tipos de emblemas poderiam ser criados no gEchoLu: emblemas participativos e emblemas de habilidades. Os crachás do sistema foram atribuídos automaticamente como uma forma de incentivo aos alunos a começarem a se engajar no gEchoLu, por exemplo, os alunos poderiam ganhar um “selo de fotografia” ao fazerem upload de suas fotos de perfil. Os crachás de participação visavam motivar os alunos a se familiarizarem com o gEchoLu e os crachás de instrutor eram atribuídos manualmente pelo instrutor como consequência da qualidade das postagens dos alunos. Os crachás do instrutor foram projetados para abordar três aspectos motivacionais nas discussões on-line: a) crachás/emblemas com as atribuições; b) crachás/emblemas de instrutor; c) crachás/emblemas com *feedbacks*. Os instrutores ainda poderiam determinar o valor dos crachás/emblemas de forma que quando ganhassem distintivos, também ganhavam alguns pontos extras que possibilitavam o avanço para os próximos níveis.

Embora as recompensas possam ser importantes, os especialistas alertam que a gamificação é mais do que apenas uma coleta de pontos e que geralmente elas servem para amplificar outros elementos de design de jogos, como uma **narrativa** envolvente ou uma jogabilidade agradável (Garrett & Young, 2019).

Nesta perspectiva, também pode-se citar a “Sicko”, uma ferramenta educacional que aplica técnicas de gamificação, utilizando recursos imersivos, interativos e ricos, os quais usam um sistema de pontos e recompensas. Esta ferramenta penaliza ações certas ou erradas, oferecendo um *feedback* instantâneo aos usuários, sendo capaz de mensurar todas as ações, respostas e consequências, as quais são compiladas em um relatório final de jogo (Evans & Schenarts, 2016).

O *feedback* é uma das características básicas dos *games* que pode ser compreendida como uma forma de estender a experiência dentro do jogo. De acordo com Garrett e Young (2019), o *feedback* imediato é o quinto elemento mais utilizado em ambientes gamificados. Nos estudos de Sardi et al (2017), afirma-se que aproximadamente 93% dos trabalhos selecionados relatam a integração de um sistema automático de *feedback* em tempo real. Além disso, em relação aos erros, os jogos permitem que, ao receber um *feedback*, os usuários possam repetir uma tarefa específica, favorecendo a análise de seus erros anteriores, corrigindo-os e alcançando os objetivos de aprendizagem desejados (Ngan et al, 2018).

O **status de progresso** permite que os participantes verifiquem seu próprio desenvolvimento (Garrett & Young, 2019), além de ser uma demonstração visual das suas realizações (Ding et al, 2017). A barra de progresso foi um dos elementos aplicados nos trabalhos pesquisados, como se pode verificar em Castro e Gonçalves (2018), Garrett e Young (2019), Sardi et al (2017), Ding et al (2017) e Nyameino et al (2019). Destaca-se o trabalho de Nyameino et al (2019), que ao construir um sistema de treinamento gamificado, utilizou um modelo de abordagem de engenharia orientada (MDE). O modelo usa mecanismos de recompensa e ajuda ao rastreamento de progresso para aumentar o envolvimento e a motivação dos usuários. Este modelo é capaz de gerar automaticamente perguntas e fluxos de trabalho personalizados de acordo com o nível de habilidade de cada aluno (iniciante, intermediário, avançado) e a identificação do perfil (Ding et al, 2017).

O elemento **ranking** também aparece nos estudos analisados, adicionando um aspecto competitivo às atividades gamificadas. Testes gamificados utilizaram de competições para aumentar o envolvimento dos alunos (Ngan et al, 2018). Na revisão sistemática realizada por Garrett e Young (2019), a mecânica de classificação aparece em 40% dos trabalhos analisados, estes que utilizam tabelas para mostrar o desempenho de cada participante e os líderes de uma competição. A inclusão

de uma tabela de classificação em contextos gamificados também pode permitir que o trabalho dos alunos seja reconhecido por seus colegas, contribuindo na promoção de suas competências (Ding et al, 2017).

A fim de atingir os objetivos de aprendizagem propostos, em alguns trabalhos foi citado o uso do elemento **level up** que, por meio do desbloqueio progressivo de níveis, os usuários podem acessar itens bloqueados (Castro & Gonçalves, 2018; Sardi et al, 2017; Menezes et al, 2013). Uma ilustração prática do uso desse elemento é encontrada no trabalho de Keung et al (2013 apud Sardi et al, 2017), que inclui um contexto narrativo em seu aplicativo gamificado no qual o usuário é solicitado a executar um conjunto de exercícios para que ocorra o desbloqueio progressivo das histórias.

Além dos elementos já citados, a possibilidade de socialização, por exemplo, enviar presentes virtuais ou vidas extras para outros jogadores, é um exemplo de estratégia utilizada para incentivar as interações sociais entre jogadores. Um *ranking* elaborado por Garrett e Young (2019) quanto às mecânicas encontradas nos trabalhos de gamificação no contexto da saúde mostrou que a possibilidade de **interação social** (55%) está em 2º lugar, perdendo apenas para o sistema de pontos (70%). Também de acordo com Sardi et al (2017), a interação social se apresentou de maneira significativa entre aplicativos gamificados, sendo que mais da metade dos artigos selecionados pelos autores relataram o uso de um contexto social incorporado no aplicativo com sistema de mensagens instantâneas.

De acordo com a pesquisa realizada, alguns aplicativos permitem que os usuários se comuniquem localmente (dentro do aplicativo) com seus pares e outros permitem suporte de mídia social, o que garante uma conexão instantânea com as redes sociais mais conhecidas, como o Facebook e Twitter (Sardi et al, 2017). Nesse sentido, objetivando promover as interações colaborativas, a ferramenta “gEchoLu” apresentada nos estudos de Ding et al (2017) também permite que os alunos adicionem notas positivas às postagens de colegas, colaborando com as práticas de colaboração e interação no ambiente.

Como estratégias, elementos como **avatares** personalizados e personagens animados podem ser usados para representar os usuários (Sardi et al, 2017), bem como a utilização de cenários virtuais com navegação interativa onde são apresentados elementos como imagens, vídeos, postos de controle, curiosidades,

exercícios e outras atividades e recursos que podem ser elementos motivadores da aprendizagem (Menezes et al, 2013). Por exemplo, pode-se apontar o aplicativo denominado “SABRE” que fornece um conjunto de cenários virtuais (comunidades) que apresentam situações como problemas de saúde para estudantes, trabalhadores e população, permitindo o desenvolvimento de atividades educacionais que são abordadas usando conceitos de gamificação (Menezes et al, 2013).

Conceituação e características - Principais resultados dos estudos selecionados

Na análise dos estudos foram identificados pontos positivos e benefícios da gamificação em saúde, bem como foram evidenciadas limitações e barreiras a serem enfrentadas neste campo e algumas recomendações.

A adoção de gamificação foi considerada uma abordagem interessante e inovadora, como alternativa (Castro & Gonçalves, 2018) ou complementar ao ensino tradicional (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). A gamificação é considerada eficaz quando comparada aos métodos tradicionais de ensino (Brull et al, 2017), sendo capaz de apresentar resultados superiores aos do aprendizado tradicional (Gentry, Gauthier, Ehrstrom, Wortley, Lilienthal, Car, Dauwels-Okutsu, Nikolaou, Zary, Campbell & Car, 2019). Nesse sentido, de acordo com Gentry et al (2019), a gamificação é compreendida como uma estratégia de aprendizagem com potencial para a transformação da educação das profissões da saúde. Tendo dito isso, pode-se elencar três subcategorias de análise que elucidam os principais pontos positivos descritos nos trabalhos relacionados a aprendizagem, elementos e comportamentos.

Aprendizagem

Na categoria **aprendizagem** foram elencadas as seguintes subcategorias: conhecimento, potencial de aprendizado, habilidades, aprendizagem ativa, formação e desenvolvimento de competências, treinamento de situações reais por meio de experiências simuladas, formas válidas de avaliação na tomada de decisões médicas, aprendizagem significativa, mundo digital e dinamização da aprendizagem.

Estratégias de gamificação quando utilizadas na educação de profissionais de saúde podem resultar em um maior nível de **conhecimento**, potencializando

a experiência de **aprendizado** e desenvolvendo **habilidades** (Mesko, Gyórfy & Kollár, 2015; Nyameino et al, 2019). A gamificação foi considerada eficaz quando comparada aos grupos de controle e, em muitos estudos, foi capaz de melhorar o conhecimento e a satisfação dos profissionais (Nyameino et al, 2019). Nesse sentido, a pesquisa de Murgu et al (2018) apresenta o aumento geral de 13% no conhecimento do pré-teste ao pós-teste, onde foi identificado melhora no conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, nos cuidados clínicos fornecidos aos pacientes. A possibilidade de realização de atividades interdisciplinares (Garett & Young, 2019) e a memorização de conhecimentos básicos promovidos pelas atividades gamificadas (Ngan et al, 2018) apresentaram grande sucesso e melhoria do nível de conhecimento.

Resultados indicaram que por meio do uso de aplicativos gamificados foi possível promover uma **aprendizagem ativa** e uma disseminação ampla de conhecimentos no processo de aprendizagem de profissionais em saúde. Os *feedbacks* dos alunos foram positivos, indicando uma inclinação favorável ao uso de metodologias diferenciadas como estratégia complementar ao ensino didático (Ngan et al, 2018).

Além de uma aprendizagem ativa, os autores mencionam a **formação e o desenvolvimento de competências** (Garett & Young, 2019; Murgu et al, 2018; Castro & Gonçalves, 2018; Evans & Schenarts, 2016), como observado no estudo de Murgu et al (2018), no qual os profissionais adquiriram competências que melhoraram os cuidados clínicos fornecidos aos pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas. De igual forma, uma pesquisa exploratória objetivando investigar se a oferta de um curso com elementos de gamificação contribuiu para a formação de competências em enfermagem apresentou em seus resultados que a gamificação influenciou positivamente no processo de ensino-aprendizagem, contribuindo positivamente para a formação de competências (Castro & Gonçalves, 2018).

Em complementaridade, estudos concluem que o uso da gamificação no processo de ensino das disciplinas podem desenvolver competências nos futuros profissionais das ciências da saúde, fornecendo ferramentas de treinamento para que os estudantes possam se **preparar para uma situação real** através de experiências simuladas (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Nesse sentido, Menezes et al (2013) apontam que a gamificação é abordada como um conceito intimamente relacionado ao uso de cenários virtuais, os quais possibilitam um

estímulo à aprendizagem, permitindo o uso de atividades e condutas práticas que representam o mundo real. Tal possibilidade se apresenta como uma forma válida de avaliação na tomada de decisões médicas (Evans & Schenarts, 2016).

Mesko et al (2015) projetaram um novo currículo baseado em *e-learning* e testaram com estudantes de medicina, conscientizando-os da importância do uso de soluções digitais nos contextos da educação médica. Identificaram que os futuros profissionais consideraram as informações fornecidas úteis para seus estudos e práticas futuras. Os autores mencionam que novas abordagens devem ser aplicadas na educação médica moderna a fim de ensinar aos alunos novas habilidades, preparando-os para lidar com o **mundo digital**, porém destacam que um curso gamificado na área da saúde deve ser bem projetado e apresentar *feedbacks* constantes de avaliação a fim de que possam contribuir efetivamente com o processo de aprendizagem.

Ambientes

Essas premissas apontam para a importância de se pensar na qualidade da construção dos ambientes virtuais de aprendizagem gamificados, principalmente quando estes farão parte do processo de aprendizagem de profissionais da saúde. Na categoria elencada como “**ambiente**”, foram destacadas subcategorias que trazem alguns pontos importantes para essa discussão, que são: ambientes colaborativos, requisitos mínimos, competição, ambientes atrativos, tratamento personalizado e atividade interdisciplinar.

Os estudos pesquisados apontam em seus resultados que, por meio de **ambientes colaborativos** e interativos, se tornam evidentes os resultados positivos da gamificação nos processos de ensino-aprendizagem em saúde (Lozada-Ávila; Betancur-Gómez, 2017). Os autores afirmam que a gamificação faz parte de uma tendência e que várias plataformas podem levá-la ao aumento do seu impacto sobre os alunos. Para isso, propõe a exploração das tecnologias colaborativas, que podem ser executadas em plataformas em nuvem em ambientes de aprendizagem gamificados (Hakak et al, 2019).

Além de ambientes colaborativos, alguns autores abordam também a possibilidade de **ambientes competitivos** como uma característica dos ambientes

gamificados. Estudos demonstram que por meio de ambientes competitivos também é possível observar os resultados positivos quanto à motivação e o envolvimento dos alunos (Ngan et al, 2018; Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Outra característica dos ambientes gamificados é que eles tendem a ser mais **atrativos**, desafiando os alunos a superarem obstáculos e a concluírem o curso com êxito (Castro & Gonçalves, 2018), além de serem ambientes **divertidos** que tornam as atividades mais agradáveis e compreensíveis (Sardi et al, 2017).

Alguns ambientes são projetados de forma personalizada, objetivando atender as demandas de aprendizagem e o perfil dos alunos, alinhando *interfaces*, estratégias e objetivos. Os resultados dos estudos de Nyameino et al (2019), mostram que a abordagem baseada na gamificação permite o desenvolvimento e a **personalização** de programas de treinamento diferenciados. Os resultados demonstram que o protótipo utilizado demonstrou o potencial de usar a abordagem MDE para apoiar diferentes estilos de aprendizagem, adaptando o modelo de treinamento e fornecendo melhores resultados, aumentando o envolvimento dos alunos com o material de aprendizagem.

Quanto à subcategoria personalização, também pode-se citar outro ambiente projetado para um treinamento gamificado personalizado que apresentou resultados positivos. Este foi um dos destaques do programa GAIN 3.0, sendo que foi considerado como um programa de alto impacto por 65% dos estudantes. O estudo concluiu que o GAIN 3.0, por meio de seu **ambiente personalizado e interdisciplinar** promoveu melhorias no conhecimento, competência e cuidados clínicos dos participantes (Garett & Young, 2019).

Ainda quanto à categoria ambiente, pode-se mencionar a estrutura de gamificação social baseada no ambiente de aprendizagem denominado “K-6”, que objetiva aprimorar o processo de aprendizagem na educação oferecendo serviços da Web. A estrutura deste ambiente foi baseada em elementos, mecânicas e dinâmicas de jogo que incluem motivação de alunos e professores. O estudo propõe um próprio modelo de gamificação que engloba: realidade virtual, sistema de estudo distributivo, sistema de tutoria inteligente escalável, aprendizado móvel e habilidades de aprendizagem em tempo real. Nesse sentido, foram identificados os **requisitos** mínimos necessários para a gamificação: motivação, *design* de tarefas, tarefas de curto prazo, identidade de jogo e sistema de recompensa.

Comportamento

A categoria “comportamento” está subdividida nas seguintes subcategorias: motivação intrínseca e extrínseca, satisfação, participação, interação, identidade compartilhada, envolvimento comportamental, emocional e cognitivo, engajamento, sucesso e frequência e autoestima e diversão. Tais subcategorias buscam evidenciar como os estudos analisados mencionam estas temáticas nos resultados de suas pesquisas.

Estudos apontam que a maioria das pesquisas se concentra em investigar como a gamificação pode ser utilizada na área de ensino para motivar estudantes (Borges et al, 2014). Os trabalhos analisados reafirmam os resultados positivos da gamificação quanto à motivação dos alunos para a aprendizagem (Ngan et al, 2018; Murgu et al, 2018; Garrett & Young, 2019; Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017; Castro & Gonçalves, 2018; Sardi et al, 2017; Mesko et al, 2015).

Pode-se encontrar um exemplo disso na pesquisa de Mesko et al (2015), que, objetivando usar o conceito de gamificação **para motivar** os alunos a continuarem no processo de estudo, após as conquistas dos objetivos do curso os alunos ganhavam crachás que poderiam compartilhar em suas redes e mídias sociais. Também foram fornecidos distintivos com diferentes níveis de atividades no site, como comentários significativos nas apresentações; ou envio de novas perguntas, motivando-os a continuar. Ao concluir todos os testes, os alunos recebiam o selo denominado “Ultimate Expert” e a certificação de conclusão do curso. Esse aspecto também foi observado no estudo de Ngan et al (2018), que aplicou um questionário gamificado e indicou que foi encontrada influência motivacional no aprendizado.

O principal fator de condução de implantar a gamificação em processos educativos é devido ao elemento motivacional, pois particularmente na educação tem sido usado para motivar e provocar engajamento. A gamificação nesse sentido pode ser compreendida como mais um recurso para a educação com vistas à motivação dos profissionais de saúde (Castro & Gonçalves, 2018). Entretanto, é preciso atenção em relação aos aspectos motivacionais ao elaborar aplicativos gamificados de educação em saúde (Murgu et al, 2018), visto que, de acordo com Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), recompensas como distintivos e pontos

não motivam a todos. Sendo assim, é necessário pesquisar mais aprofundadamente objetivando encontrar um número maior de técnicas de motivação.

Nyamenio et al (2019), ao realizarem uma revisão sistemática objetivando avaliar a eficácia da gamificação para a educação de profissionais da saúde em comparação com a aprendizagem tradicional, afirmam que tais estratégias resultaram em um maior nível de **satisfação** dos profissionais quando comparados à educação tradicional. Define-se que a gamificação foi considerada eficaz quando comparada aos grupos de controle e, em muitos estudos, foi capaz de melhorar a satisfação dos profissionais. De igual forma, a revisão sistemática realizada por Sardi et al (2017) apontou que a utilização da gamificação forneceu estados emocionais positivos, sendo possível **eleva a satisfação** e a autoestima dos profissionais.

As subcategorias **participação, interação e consolidação de identidade compartilhada** parecem se complementares quando apresentadas e discutidas nos resultados dos estudos analisados. Grangeia et al (2018) realizaram um estudo de caráter experimental explorando estratégias de mídia social e gamificação, objetivando aumentar a participação de estudantes de medicina em uma estratégia de aprendizado para o ensino da medicina de emergência. Os resultados desse estudo demonstraram que as mídias sociais e a gamificação aumentaram progressivamente a **participação** dos alunos no curso on-line. Também foi possível observar que houve uma correlação positiva e significativa entre as notas dos alunos nos testes cognitivos e os exames com a participação on-line. Ambas as estratégias alimentaram o senso de pertencimento dos alunos à comunidade de medicina de emergência e melhoraram sua autorregulação para estudar.

Com base nos achados da pesquisa de Grangeia et al (2018), concluiu-se que as mídias sociais e a gamificação catalisaram a consolidação de uma identidade compartilhada entre alunos e professores, promovendo a criação de uma comunidade de práticas e aumentando a participação dos alunos nas atividades de aprendizagem.

A **interação** social é o segundo elemento mais utilizado em ambientes gamificados, pois permite que os usuários possam interagir uns com os outros. A interação social se apresentou de maneira significativa entre aplicativos gamificados, sendo possível o uso de um contexto social incorporado no aplicativo por meio de tabelas de classificação ou sistema de mensagens instantâneas (Garrett & Young, 2019).

De acordo com a pesquisa realizada por Garrett e Young (2019), alguns aplicativos permitem que os usuários se comuniquem localmente (dentro do aplicativo) com seus pares, e outros permitem suporte de mídia social, o que garante uma conexão instantânea com as redes sociais mais conhecidas, como o Facebook e o Twitter (Garrett & Young, 2019). Dentro desta ótica, destaca-se o estudo de Nyameino et al (2019), que descreve um protótipo de gamificação que possui diferentes componentes de sistema que permitem a interação dos usuários, promovendo o envolvimento mútuo.

Para Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), a tecnologia é aliada da gamificação e suas estratégias facilitam a comunicação, contribuindo para o desenvolvimento do caráter social que tem por objetivo promover a interação. De igual forma, para Sardi et al (2017) um dos benefícios da gamificação em saúde é o apoio social, que foi percebido em sua pesquisa como atraente e crucial no aumento das habilidades sociais em ambientes gamificados. Já no estudo de Ding et al (2017), as interações on-line foram motivadas por intermédio de elementos como: crachás, barras de progresso e avatares no gEchoLu.

Embora autores mencionem a necessidade de aprofundar os estudos a fim de estabelecer estratégias baseadas em evidências relacionadas às mudanças de comportamento promovidas pela integração da gamificação nos programas de educação médica e de saúde on-line (Lozada-Ávila; Betancur-Gómez, 2017), já é possível perceber resultados positivos referentes a este aspecto nos estudos analisados. De acordo com os pesquisadores, o uso da gamificação objetivando a produção de mudanças **comportamentais** é promissor (Sardi et al, 2017; Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017; Garrett & Young, 2019). Esta afirmativa pode ser encontrada em Ding et al (2017), que em seus resultados de pesquisa apontou influências positivas no envolvimento comportamental, emocional e cognitivo dos alunos após participarem de treinamentos gamificados. Tal constatação também se aproxima dos resultados do estudo de Sardi et al (2017) que afirmam que dentre os benefícios da gamificação está o fornecimento de estados **emocionais** positivos e reforços para a mudança de comportamentos desejados, inclusive fornecendo melhorias na **autoestima** dos usuários.

O desenvolvimento de aspectos cognitivos também é mencionado nos trabalhos analisados. Além dos aspectos relacionados à aprendizagem já descritos na primeira categoria desta análise, pode-se mencionar os resultados positivos quanto a atenção

dos profissionais. De acordo com os autores, investigações acerca das percepções dos brasileiros quanto à influência da gamificação na educação a distância apontam o seu alto potencial de atrair e reter a atenção dos alunos (Castro & Gonçalves, 2018).

Além de seus inúmeros benefícios, a gamificação tem sido usada para provocar um maior **engajamento** no processo educativo (Castro & Gonçalves, 2018), o que se torna possível por meio das diferentes mecânicas de jogos, pois de acordo com Menezes et al (2013), a gamificação requer elementos interativos que permitem o *design* de elementos lúdicos objetivando um maior engajamento nas atividades.

Em um dos estudos analisados ainda foi percebido que as motivações extrínseca e intrínseca foram ajustadas a fim de gerar um **envolvimento** permanente com o aplicativo. No entanto, um envolvimento de curto prazo por meio de recompensas extrínsecas foi identificado, sendo que, para que a gamificação alcance todo o seu potencial, afirmam ser necessário criar soluções de educação em saúde fundamentadas em teorias que explorem a experiência e os efeitos psicológicos da mecânica dos jogos (Sardi et al, 2017).

Outra subcategoria que emergiu nos resultados desta análise refere-se ao **sucesso e frequência**, pois é de conhecimento comum que um dos maiores problemas enfrentados pela educação a distância é a desistência dos alunos. Pesquisas abordam que os elementos de gamificação podem apoiar professores, tutores e monitores nas iniciativas de ensino à distância, pois desafiam os estudantes a manterem-se engajados e motivados (Castro & Gonçalves, 2018) a partir de atividades de saúde mais **divertidas**, agradáveis e compreensíveis (Sardi et al, 2017). Sendo assim, é possível reduzir os índices de evasão presentes nessa modalidade, pois ambientes gamificados tendem a ser mais atrativos, diminuindo os índices de insucessos e desistências, desafiando os alunos a superarem obstáculos e a concluírem o curso (Castro & Gonçalves, 2018).

Limitações e barreiras

De acordo com Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), as faculdades de medicina na Espanha estão cada vez mais usando as tecnologias digitais de maneira mais intensa para apoiar o processo de ensino. Nesse sentido, a gamificação se mostra como um recurso que viabiliza essa iniciativa, no entanto, salientam a falta de metodologias

ajustadas à área da saúde, gerando uma lacuna que deve ser abordada para entender melhor o processo de criação de conteúdo educacional através da gamificação.

Uma segunda limitação evidenciada no estudo de Ding et al (2017) refere-se ao **tamanho das amostras**, pois sugere que em estudos futuros devem ser realizados testes com um tamanho de amostra maior e um grupo de controle deve ser incluído para assim testar a eficácia do gEchoLu de maneira mais sólida. Da mesma forma, nos trabalhos revisados por Lozada-Ávila e Betancur-Gómez (2017), foi mostrado que as investigações geralmente são feitas com amostras muito pequenas e com o tempo muito curto.

A terceira limitação destacada nesta análise diz respeito às **práticas** necessárias aos processos educacionais na educação permanente em saúde. Pois Nyameino et al (2019) citam, por exemplo, que as diretrizes clínicas requerem o aprendizado de algumas habilidades físicas, como a realização de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), sendo que essa prática não pode ser totalmente executada usando o sistema, pois o sistema apenas consegue treinar o conteúdo de diretrizes que não exigem treinamento prático.

Outras limitações e desafios foram apresentados no estudo de Sardi et al (2017), que se refere ao uso dos **elementos dos jogos** nos ambientes gamificados, dentre eles: não existe uma estrutura unificada para avaliar os princípios e resultados da gamificação; a eficácia da solução de gamificação pode diminuir ao contar com apenas um elemento do jogo; os usuários podem se sentir motivados e empolgados com os elementos de gamificação, mas o interesse diminui com o tempo; às vezes os elementos de gamificação são considerados sem sentido e não são úteis em termos de objetivos de saúde do sistema; as soluções de gamificação não são centradas no usuário, pois negligenciam os traços e as características demográficas dos usuários em potencial; algumas recompensas foram consideradas irrelevantes ou exageradas; as soluções de saúde gamificadas não integram profissionais de saúde em seu desenvolvimento, o que pode reduzir seu desempenho e diminuir sua credibilidade e as trapaças podem aumentar à medida que os usuários podem trabalhar para alcançar níveis mais altos apenas para obter recompensas.

Entre as barreiras encontradas para esse tipo de estratégia existe o **custo** de desenvolver os aplicativos e a dificuldade de concluir sobre os efeitos positivos

que o uso da gamificação tem na aprendizagem em comparação com outros métodos (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Ainda de acordo com os autores, a gamificação pode ter impactos positivos e negativos sobre motivação e interesse dos alunos, bem como em seu desempenho acadêmico. Por esse motivo, considera-se necessário que se possa falar de uma estrutura comum ou diretrizes claras para sua aplicação, especialmente identificando o que pode ser apropriado para as diferentes áreas do conhecimento.

Recomendações

As recomendações dos estudos expressam a preocupação dos pesquisadores quanto alguns pontos, como:

- A importância na definição dos objetivos específicos ao desenvolver atividades gamificadas, direcionando os componentes do jogo para eles. Igualmente, é importante ao definir um jogo, considerar qual é a área específica de conhecimento, a complexidade da disciplina e os perfis dos jogadores para que um efeito positivo seja obtido e seu objetivo inicial não seja distorcido (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017);
- A necessidade de uma estrutura comum e diretrizes claras para sua aplicação por áreas de conhecimento, desde a sua implementação até os seus resultados, especialmente identificando o que pode ser apropriado para as diferentes áreas do conhecimento (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017);
- Incorporação de novos elementos de jogos e estratégias, incentivando a incorporação de elementos de jogos que não foram suficientemente explorados nos estudos anteriores, como narrativa envolvente e personalização, objetivando dar maior ênfase ao sistema de recompensas e consequentemente obter uma gamificação mais significativa (Garett & Young, 2019) e também comparar as diferentes estratégias empregadas (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017);
- Explorar tecnologias colaborativas que podem ser executadas em plataformas em nuvem em ambientes de aprendizagem gamificados (Hakak et al, 2019);
- Necessidade de treinamento dos professores para aprender a conciliar os elementos de gamificação e as demais tecnologias disponíveis, pois dificuldades dessa ordem podem levar à frustração do docente em adotar as tecnologias

em suas práticas ou a sua subutilização pelo desconhecimento de suas funcionalidades (Castro & Gonçalves, 2018);

- Envolvimento de *designers* de jogos experientes no processo de construção, bem como de profissionais da saúde, objetivando a implementação de uma mecânica de jogo que seja bem pensada e equilibrada. Para que a gamificação alcance todo o seu potencial, é necessário criar soluções de educação em saúde fundamentadas em teorias que explorem a experiência e os efeitos psicológicos da mecânica dos jogos do processo de aprendizagem dos profissionais (Sardi et al, 2017).

Entrelaces

Experiências significativas por meio da produção de ambientes virtuais gamificados caracterizados como colaborativos, atrativos, competitivos, divertidos e personalizados têm sido observados nos estudos. Tais ambientes gamificados têm a capacidade de influenciar no comportamento dos profissionais, emergindo melhorias no conhecimento, motivação, satisfação, interação, engajamento, frequência, entre outros aspectos.

A possibilidade de construir experiências de aprendizagem gamificadas significativas que ultrapassem as mecânicas básicas dos *games*, conforme aponta Fardo (2013), encontram amparo na teoria da aprendizagem significativa de Zabala (1998; 2010), motivando assim, intrinsecamente os profissionais de saúde a melhorarem o seu desempenho dentro do contexto em que se encontram.

Nos estudos analisados encontra-se em maior e menor grau ensaios de uma aprendizagem gamificada significativa. Como exemplo pode-se citar os estudos de Nevin et al (2014), Ngan et al (2018) e Garcia (2015 apud Lozada-Ávila e Betancur-Gómez 2017) relacionados ao desenvolvimento dos conteúdos conceituais no campo da medicina, pois, como se pode observar por meio dos resultados das práticas educativas gamificadas que foram analisadas, é possível apresentar novos conteúdos de modo divertido e desafiador através da interação e da repetição, auxiliando na fixação dos conteúdos de maneira sequencial e gradativa, indo do mais simples ao mais complexo, conforme apontam Ramos e Cruz (2018, p. 24-25).

Em complementaridade, Murgu et al (2018) e Menezes et al (2013) apontam indícios da busca de aprendizagens baseadas em conteúdos procedimentais, bem

como nos estudos de Leba et al (2014 apud Hakak et al, 2019) e Grangeia et al (2018), que buscam evidenciar mudanças nos aspectos atitudinais dos envolvidos. As experiências gamificadas analisadas executam ações e procedimentos onde os profissionais em saúde podem desenvolver e exercitar habilidades cognitivas durante a sua interação com o jogo (Ramos & Cruz, 2018), sendo que o desenvolvimento das experiências gamificadas deve prever ações dirigidas a um objetivo, envolvendo estratégias e procedimentos para seu alcance.

A possibilidade de representar a realidade oferecendo um ambiente para o exercício de ações que podem ser desenvolvidas e aprimoradas configura-se como alternativa virtual viável para o treinamento, conforme apontam Ramos e Cruz (2018). Nesse sentido, a possibilidade de treinar equipes de profissionais em saúde por meio de um ambiente seguro para o treino ou aquisição de habilidades demonstra ser uma alternativa às práticas tradicionais de ensino na Educação Permanente em Saúde.

Conteúdos atitudinais envolvem valores, atitudes e normas importantes aos contextos de saúde, nesse sentido, experiências gamificadas podem prever tais conceitos, a exemplo dos estudos de Nyameino et al (2019), Ding et al (2017), Garrett e Young (2019), Sardi et al (2017), Castro e Gonçalves (2018) e Menezes et al (2013), que objetivam desenvolver determinados comportamentos, estimulando a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes nos profissionais.

Os estudos analisados evidenciaram algumas dificuldades para a aplicação na gamificação em saúde, como a não existência de uma estrutura unificada para avaliar os princípios e resultados da gamificação (Sardi et al, 2017) e a falta de metodologias ajustadas à área da saúde para se compreender o processo de criação de conteúdo educacional através da gamificação (Lozada-Ávila & Betancur-Gómez, 2017). Porém, essas lacunas podem ser diminuídas e refletidas à luz dos estudos de Ogawa et al (2015), Werbach e Hunter (2012), Deterding et al (2011), Alves (2015), Kuutti (2013), Mourato e Piteira (2019) etc.. Ou seja, ao se desenvolver uma experiência gamificada em saúde é preciso atentar às teorias clássicas e às pesquisas anteriores, buscando respostas de acordo com os objetivos requeridos no momento, sendo possível a construção de um campo específico baseado em experiências no campo da EPS.

Ao realizar uma breve comparação entre os estudos levantados no embasamento teórico e as práticas evidenciadas nos estudos analisados pode-se

inferir que ambos convergem em muitos aspectos, pois elementos (componentes, mecânicas e dinâmicas) dos *games* são encontrados nesses estudos, sendo utilizados de maneira planejada aos objetivos de aprendizagem propostos a cada contexto.

Pode-se apontar que em ambos os contextos, seja da educação escolar ou na educação em saúde, os resultados da gamificação, em sua maioria, apresentam melhorias no engajamento, participação, desempenho da aprendizagem e motivação dos envolvidos.

Similarmente, denotam atenção a alguns pontos, como a importância de que as pesquisas e as práticas educativas gamificadas se retroalimentem, aprofundando os conhecimentos e suas relações com campos teóricos interdisciplinares, bem como, evidenciando a importância de investigações com amostras maiores e uma maior exploração de tecnologias colaborativas em substituição ao uso de elementos que fomentam a competição.

Conclusão

Conforme elucida a análise, foi observado que nos três últimos anos houve um aumento de artigos e pesquisas na área gamificação na educação em saúde. Os estudos afirmam que esta estratégia de ensino vem sendo amplamente explorada, tendo em vista seus inúmeros benefícios, como aumento nos níveis de engajamento, motivação, comprometimento, aprendizagem, habilidades e competências, além de apoio às áreas cognitivas, emocionais e sociais etc.

Os resultados da análise foram apresentados por meio do desenvolvimento das seguintes temáticas: a) estratégias de aplicação da gamificação na EPS; b) análise do desenvolvimento e implementação dos modelos e c) principais resultados dos estudos selecionados.

Quanto às estratégias de aplicação, pode-se identificar 13 experiências práticas as quais em sua maioria foram pesquisas desenvolvidas no campo da educação médica. Tais experiências trazem exemplos de possibilidades do uso da gamificação na educação permanente em saúde, como o desenvolvimento de plataformas, programas, aplicativos, ferramentas etc.

Quanto a análise do desenvolvimento e implementação dos modelos, foi possível evidenciar diferentes estruturas de gamificação baseadas em diferentes

elementos (mecânicos e dinâmicos) de *games*, que foram projetados buscando alcançar determinados objetivos específicos. Nesse sentido, foi possível sublinhar nos estudos analisados a utilização de elementos como pontuação, recompensas, barras de progresso, *ranking*, *level up*, narrativa, *feedback*, personagens, bem como estratégias, objetivos, desafios e possibilidades de interação social.

Quanto aos principais resultados dos estudos analisados, foram elencados pontos positivos e benefícios, limitações, barreiras e algumas recomendações. Os pontos positivos e benefícios foram divididos em três categorias de análise: aprendizagem, ambiente e comportamento, as quais posteriormente foram subcategorizadas de acordo com o seu conteúdo. Em síntese, os estudos registram que estratégias baseadas em gamificação tendem a elevar o nível de conhecimento, habilidades e competências dos profissionais, assim como promover uma aprendizagem mais ativa e significativa, preparando os profissionais de saúde para situações reais por meio de situações simuladas.

Em relação às limitações e barreiras encontradas nesta análise destacam-se: amostras pequenas referentes às pesquisas desenvolvidas, falta de metodologias ajustadas à área da saúde, falta de uma estrutura unificada para avaliar os princípios e resultados da gamificação, falta de profissionais da área da saúde no desenvolvimento de soluções gamificadas, elementos em desacordo com os objetivos de aprendizagem, custos no desenvolvimento de aplicativos, entre outros.

As recomendações trazem a importância de explorar tecnologias colaborativas em ambientes de aprendizagem gamificados; a necessidade de treinar os professores (ou preceptores de educação permanente em saúde) objetivando conciliar de maneira eficaz os elementos de gamificação às tecnologias disponíveis; incorporar novos elementos de jogos e estratégias, incentivando a incorporação de elementos que não foram suficientemente explorados nos estudos anteriores; a importância de conciliar a participação de *designer* de jogos experientes e de profissionais da saúde no desenvolvimento e implantação destes ambientes; a importância de direcionar os elementos do jogo de acordo com a definição dos objetivos específicos e a necessidade de uma estrutura comum e diretrizes claras por áreas do conhecimento.

Em síntese, pode-se identificar que a gamificação no campo da Educação Permanente em Saúde vem se consolidando nos últimos anos, tendo em vista o crescente número de estudos e pesquisas na área. No entanto, existem algumas

limitações que foram evidenciadas neste estudo que podem encontrar respostas nas pesquisas já desenvolvidas no campo educacional que se referem a importância dos elementos dos jogos para a aprendizagem, bem como, a gamificação na educação.

Entretanto, conforme anteriormente citado nos estudos analisados, cada campo do conhecimento possui suas particularidades, sublinhando a necessidade de se construir bases teóricas específicas para o campo da gamificação na educação permanente em saúde. Parece estar claro neste estudo que desenvolver um ambiente gamificado requer cuidado, pois envolve um processo de ensino e de aprendizagem direcionado para mudanças de comportamentos e atitudes de profissionais de saúde e portanto, necessita ser desenvolvido, implementado e avaliado por equipes multidisciplinares, como programadores, pedagogos, *designer* de games e profissionais da saúde.

Como sugestão para trabalhos futuros, fica o desafio de projetar um ambiente virtual de aprendizagem gamificado para a Educação Permanente em Saúde capaz de unir as bases teóricas da gamificação na educação e os resultados desta revisão integrativa no campo, buscando eliminar as barreiras e limitações encontradas neste estudo e promover os pontos positivos evidenciados em ambos os campos.

Referências

- Alves, F. (2015). **Gamification: Como criar experiências de aprendizagem engajadoras** (2nd ed. rev.). São Paulo: DVS Editora.
- Alves, L. (2008). Relações entre os jogos digitais e aprendizagem: delineando percurso. **Educação, Formação e Tecnologias**, 1(2), pp. 03-10.
- Azmi, M. A., Singh, D. (2015). Schoolcube: gamification for learning management system through Microsoft SharePoint. **International Journal of Computer Games Technology**, 2015, Londres, UK.
- Banco Bilbao Vizcaya Argentaria. (2012). **Gamification: The business of fun**. Madrid: BBVA Innovation Center.
- Blohm, I. & Leimeister, J. M. (2013). **Gamification. Business & Information Systems Engineering**, 5(4), pp. 275-278.
- Borges, S. S., Durelli, V. H. S., Reis, H. M. & Isotani, S. (2014). A Systematic Mapping on Gamification Applied to Education. **SAC '14: Proceedings of the 29th Annual ACM Symposium on Applied Computing**, Gyeongju, Coreia do Sul, 14, pp. 126-222.
- Brasil. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brull S., Finlayson, S., Kostelec, T., MacDonald, R. & Krenzischek, D. (2017). Using gamification to improve productivity and increase knowledge retention during orientation. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 47(9), pp. 448-453.
- Castro, T. C., Gonçalves, L. (2018). Uso de gamificação para o ensino de informática em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71(3), pp. 1038-1045.
- Centro de Inovação para a Educação Brasileira. **Diretrizes de Formação de Professores para o Uso de Tecnologias**. Espaço de Formação e Experimentação em Tecnologias para Professores: São Paulo, [s.d.]. Disponível em: https://cieb.net.br/wp-content/uploads/2019/06/Diretrizes-de-Forma%C3%A7ao_EfeX.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.
- Denmeade, N. (2015). **Gamification with Moodle**. Birmingham: Packt.
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. (2015). From Game Design Elements to Gamefulness: Defining “Gamification”. **SAC '15: Proceedings of the 11th Annual ACM Symposium on Applied Computing**, Tampere, Finlândia, 15, pp. 09-15.
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. E. (2011). Gamification: Toward a definition. **CHI 2011 Workshop**, Vancouver, BC, Canadá.
- Ding, L., Kim, C. & Orey, M. (2017). Studies of student engagement in gamified online discussions. **Computers & Education**, 115, pp. 126-142.
- Evans, C. H.; Schenarts, K. D. (2016). Evolving educational techniques in surgical training. **Surgical Clinics**, 96(1), pp. 71-88.
- Fadel, L. M., Ulbricht, V. R., Batista, C., Vanzin, T. (2014). **Gamificação na Educação**. São Paulo: Pimenta Cultural.
- Fardo, M. L. (2013). A gamificação aplicada em ambientes de aprendizagem. **RENOTE - Revista Novas Tecnologias na Educação**, 11(1).
- Figueiredo, M., Paz, T. & Junqueira, E. (2015). Gamificação e educação: um estado da arte das pesquisas realizadas no Brasil. **Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação**, 4(1), p. 1154.
- Garett, R.; Young, S. D. (2019). Health Care Gamification: A Study of Game Mechanics and Elements. **Technology, Knowledge and Learning**, 24(3), pp. 341-353.
- Garland, C. M. (2015). **Gamification and Implications for Second Language Education: A Meta Analysis**. Dissertação de mestrado, St. Cloud State University, Minnesota, St. Cloud, Estados Unidos. Disponível: https://repository.stcloudstate.edu/engl_etds/40/.
- Gee, J. P. (2007). **Good video games and good learning: collected essays on video games, learning and literacy**. New York: Peter Lang.
- Gee, J. P. (2009). **Bons videogames e boa aprendizagem**. Florianópolis: Perspectiva.
- Gee, J. P. (2003). What Video Games Have to Teach Us about Learning and Literacy. **Computers in Entertainment**, 1(1), p. 20.
- Gentry, S. V., Gauthier, A., Ehrstrom, B. L., Wortley, D., Lilienthal, A., Car, L. T., Dauwels-Okutsu, S., Nikolaou, C. K. Zary, N., Campbell, J. & Car, J. (2019). Serious gaming and gamification education in health professions: systematic review. **Journal of medical Internet research**, 21(3), pp. 01-20.
- Grangeia, T. A. G., Jorge, B., Cecílio-Fernandes, D., Tio, R. A. & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Learn+ Fun! Social Media and Gamification sum up to foster a community of practice during an Emergency Medicine Rotation. **Health Professions Education**, 5(4), pp. 321-335.
- Hakak, S., Noor, N. F. M., Ayub, M. N., Affal, H., Hussin, N., Ahmed, E. & Imran, M. Cloud-assisted gamification for education and learning—Recent advances and challenges. **Computers & Electrical Engineering**, 74, pp. 22-34, 2019.

- Hamari, J., Huotari, K. & Tolvanen, J. (2015) Gamification and economics. Em Walz, S. P., Deterding, S., Zimmerman, E., Bogost, I. & Linehan, C. (Orgs.). **The gameful world: Approaches, issues, applications** (pp. 19-22). Massachusetts: MIT Press.
- Hsiao, H. (2007). A Brief Review of Digital Games and Learning. **First IEEE International Workshop on Digital Game and Intelligent Toy Enhanced Learning (DIGITELE'07)**, Jhongli City, Taiwan, pp. 124-129.
- Huizinga, J. (2020). **Homo ludens**. São Paulo: Perspectiva.
- Huotari, K., Hamari, J. (2012). Defining Gamification - A Service Marketing Perspective. **ACM Digital Library**. pp. 17-22.
- Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. **Internet interventions**, **6**, pp. 89-106.
- Kapp, K. (2012). **The Gamification of Learning and Instruction: Game-based Methods and Strategies for Training and Education**. San Francisco: Pfeiffer.
- Kuutti, J. (2013). **Designing gamification**. Dissertação de mestrado, University of Oulu, Oulu, SP, Finlândia.
- Lozada-Ávila, C., Betancur-Gómez, S. (2017). La gamificación en la educación superior: una revisión sistemática. **Revista Ingenierías Universidad de Medellín**, **16**(31), pp. 97-124.
- Lumsden J., Edwards, E. A., Lawrence, N. S., Coyle, D. & Munafò, M. R. (2016). Gamification of cognitive assessment and cognitive training: a systematic review of applications and efficacy. **JMIR serious games**, **4**(2), p. 11.
- Mattar, J. (2018). Gamificação: conceito, críticas e aplicação a áreas de conhecimento. Em Ramos, D. K. & Cruz, D. M. (Orgs.), **Jogos digitais em contextos educacionais** (pp. 171-192). Curitiba: CRV, 2018.
- McGonigal, J. (2011). **Reality Is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change The World**. Nova York: The Penguin Press.
- Menezes, J., Jr., Gusmão, C. & Machiavelli, J. (2013). A proposal of mobile system to support scenario-based learning for health promotion. **Procedia Technology**, **9**(2013), pp. 1142-1148.
- Mesko, B., Györfy, Z. & Kollár, J. (2015). Digital literacy in the medical curriculum: a course with social media tools and gamification. **JMIR medical education**, **1**(2), p. 6.
- Mourato, F. & Piteira, M. (2019). Ferramentas de Gamificação na Plataforma Moodle. **Interacções**, **15**(52), pp. 83-105.
- Muangsrinon, S. & Boonbrahm, P. (2019). Game elements from literature review of gamification in healthcare context. **Journal of Technology and Science Education**, **9**(1), pp. 20-31.
- Murgu, S., Rabito, R., Lasko, G., Jackson, C., Mino-Kenudson, M., Ettinger, D. S. & Ramalingam, S. S. (2018). Impact of a non-small cell lung cancer educational program for interdisciplinary teams. **Chest**, **153**(4), pp. 876-887.
- Murray, J. (2003). **Hamlet no holodeck**. São Paulo: UNESP.
- Ngan, O. M. Y., Tang, T. L. H., Chan, A. K. Y., Chen, D. M. & Tang, M. K. (2018). Blended learning in anatomy teaching for non-medical students: an innovative approach to the health professions education. **Health Professions Education**, **4**(2), pp. 149-158.
- Nyameino, J., Rabbid, F., Werek, M., Mughala, K. A. & Lamob, Y. (2019). **A Model Driven Approach to the Design of a Gamified eLearning System for Clinical Guidelines**. Bethesda, USA: PubMed.
- Ogawa, A. N., Magalhães, G. G., Klock, A. C. T. & Gasparini, I. (2015). Análise sobre a gamificação em Ambientes Educacionais. **RENOTE - Revista Novas Tecnologias na Educação**, **13**(2).
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. **On the horizon**, **9**(5).
- Prensky, M. (2012). **From digital natives to digital wisdom: Hopeful essays for 21st century learning**. Thousand Oaks: Corwin Press.
- Ramos, D. K. & Cruz, D. M. (2018). A tipologia de conteúdos de aprendizagem nos jogos digitais: O que podemos aprender. Em Ramos, D. K. & Cruz, D. M. (Orgs.), **Jogos digitais em contextos educacionais** (pp. 21-45). Curitiba: CRV.
- Ramos, D. K. (2013). Jogos cognitivos eletrônicos: contribuições à aprendizagem no contexto escolar. **Ciências & Cognição**, **18**(1).
- Sachett, J., Gonçalves, I. C. M., Reis, L. N., Santos, W. O. M., Gomes, D. E. D. & Osis, S. L. (2019). Educational processes in distance learning for the training of health professionals: an integrative literature review. **MOJ Public Health**, **8**(1), pp. 26-33.
- Santaella, L. (2005). **Por que as comunicações e as artes estão convergindo? projetos para mestrado e doutorado**. Florianópolis: Paulus.
- Santaella, L. (2013). **Comunicação ubíqua: repercussões na cultura e na educação**. São Paulo: Editora Paulus.
- Sardi, L., Ali, I. & Fernández-Alemán, J. L. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. **Journal of biomedical informatics**, **71**, pp 31-48.
- Schuytema, P. (2008). **Design de games: uma abordagem prática**. São Paulo: Cengage Learning.
- Shaffer, D. (2006). **How computer games help children learn**. New York: Palgrave Macmillan.
- Tenório, M. M., De Góis, L. A. & Santos, G., Jr. (2016). **Gamificação na Educação: Uma Revisão Sistemática em Periódicos de Informática na Educação**. Paraná: Biblioteca Digital de Periódicos da UFPR.
- Werbach, K. & Hunter, D. (2012). **For the win: How game thinking can revolutionize your business**. Pennsylvania: Wharton Digital Press, 2012.
- Zabala, A. (1998). **A Prática Educativa: como ensinar**. (E. F. Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). **Como ensinar e aprender competências**. Porto Alegre: Artmed.

SABERES NECESSÁRIOS À GESTÃO DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PERCEPÇÕES ADVINDAS DE UMA COMUNIDADE VIRTUAL DE PRÁTICAS

Gleice Assunção da Silva
Diego Anselmi Pires

Introdução

Compreende-se que o processo de ensino e aprendizagem se molda aos novos tempos, hibridiza-se, adaptando-se à velocidade de acesso às informações e transitando entre ambientes formais e não formais, entre on-line o off-line (Dias-Trindade, s.d). Neste cenário ocorrem transformações metodológicas no processo de formação de profissionais de saúde, desafiando-os a superar as práticas de ensino em saúde pautadas na pedagogia tradicional e de condicionamento.

Deste modo, busca-se desenvolver nos trabalhadores em saúde uma autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo, desencadeando assim uma visão do todo de maneira interdependente e transdisciplinar, que pode possibilitar a construção de redes de mudanças sociais. No entanto, para que ocorra a expansão da consciência individual e coletiva, faz-se necessário ultrapassar os limites do treinamento puramente técnico, ancorando-o à realidade social e ao entendimento de que o ato de aprender é um processo reconstrutivo (Mitre, Siqueira-Batista, Girardi-de-Mendonça, Moraes-Pinto, Meirelles, Pinto-Porto, Moreira & Hoffmann, 2008).

No contexto da Educação em Saúde cabe salientar a diferenciação entre os conceitos de Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, a fim de reforçar o entendimento acerca da terminologia adotada neste texto que se refere à Educação Permanente em Saúde (EPS).

A Educação em Serviço esteve presente historicamente na área da saúde até a sua terminologia passar à denominação de Educação Continuada, como é conhecida hoje no Brasil e em outros países, a definindo como uma prática

associada ao processo de educação no trabalho, que tem como objetivo qualificar os serviços tecnicamente (Silva & Scherer, 2020).

A Educação Continuada contempla atividades que possui período definido para sua execução e baseia-se na maioria das vezes em metodologias de ensino tradicional e atividades educacionais que visam a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas, por meio de práticas escolares de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional em âmbito institucional ou externo a ele (Brasil, 2012).

Já a Educação Permanente em Saúde tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, trazendo em seu marco conceitual uma concepção de trabalho como aprendizagem cotidiana que é comprometida com os coletivos (Brasil, 2014). A aprendizagem acontece no próprio espaço de trabalho a partir dos problemas enfrentados na realidade, portanto, propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho. Nesse sentido, considera sempre que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Brasil, 2007).

A EPS caracteriza-se, portanto, como uma “intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexões sobre os processos de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos” (Brasil, 2018, p. 11).

Nesse movimento, torna-se essencial a percepção da influência de inúmeras metodologias ativas de ensino-aprendizagem e as transformações por elas provocadas no processo de formação de profissionais de saúde. Emerge ainda a necessidade de refletir acerca de como repercutem nas práticas educativas destes junto à população usuária dos pontos de atenção em um sistema público de saúde (Mitre et al., 2008).

A partir da perspectiva da Educação Permanente em Saúde, de acordo com Merhy (2013), a educação no mundo do trabalho em saúde ocorre por meio de um agir sensível e tecnológico no campo do cuidado, o qual se desenvolve a partir das experiências cotidianas, que possibilitam a construção de novos conhecimentos, reafirmando outros já apropriados. Os encontros são possíveis

mediante experiências singulares, estranhamentos, incômodos e criação de diferentes formas de agir e estar com os outros (EPS em Movimento, 2014).

Nesta perspectiva contemporânea de educação onde as tecnologias digitais possuem um papel fundamental na criação e cocriação do conhecimento, destacam-se as comunidades virtuais de práticas, as quais ilustram o contexto deste relato de experiência. O conceito de comunidade de prática é compreendido por Wenger (2008) como espaços que reúnem pessoas informalmente compartilhando de um mesmo interesse ou problema e que por meio de interações regulares aprendem juntas e aplicam na prática o aprendido. Em complementariedade, McDermott (2000), corrobora que as comunidades podem ser definidas como agrupamentos de pessoas que compartilham e aprendem umas com as outras, tanto por meio físico quanto virtual, com objetivo de resolver problemas, trocar experiências, modelos padrões ou construídos, técnicas ou metodologias, promovendo um espaço de reflexão acerca das melhores práticas.

A comunidade virtual de práticas experienciada e ilustrada neste relato de experiência configurou-se como uma rede de trabalhadores do SUS que compartilharam experiências e metodologias através da interação social. Esta construção e este compartilhamento estavam fundamentados em metodologias ativas, e tiveram como base uma aprendizagem colaborativa. Esta experiência ocorreu por meio de uma plataforma (ambiente virtual) que, imersa num esforço de participação, partilha e construção conjunta das representações e conhecimento, caracterizou-se como um processo colaborativo de aprendizagem (Gaspar, 2007; Carneiro, Garcia & Barbosa 2020; Gannon-Leary & Fontainha, 2007).

Nesse contexto, a colaboração é entendida como um processo de interação pessoal que tem foco no processo de trabalho em conjunto (Panitz, 1996), pressupondo a realização de atividades de forma coletiva, ou seja, é uma construção que ocorre no âmbito das equipes, por concordância de seus participantes (Cortelazzo, 2006). Esta pode ser estabelecida através do trabalho em grupo e pela troca entre os pares, metodologia onde as pessoas envolvidas no processo aprendem juntas (Torres, 2007). Assim definida, esta concepção busca aproximar a teoria da prática e problematizar situações cotidianas do trabalho de forma inovadora, onde o educador não é o único determinante para o sucesso, demandando aos estudantes autonomia e responsabilidade pelo processo de aprendizagem (Sobral & Campos, 2012).

A proposta da comunidade virtual de práticas EPS em Movimento propôs uma estrutura horizontal, sem hierarquia, onde os trabalhadores pudessem compartilhar seus conhecimentos, os quais serviram de suporte e estímulo ao trabalho colaborativo e à construção de conhecimento. O ambiente virtual colaborativo foi organizado por meio de um conjunto de ferramentas, como murais, repositórios de documentos, lista de participantes, chats, fóruns de discussão e o diário cartográfico (espaço de produção do aluno).

Esse movimento e essa experiência desafiaram os autores participantes do Curso de Especialização “Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde”, promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a ativar seus radares e, a partir do registro de suas percepções, identificar e compilar saberes necessários ao gestor de Educação Permanente em Saúde. Desenvolvido no decorrer do ano de 2015, contou com a formação de grupos multiprofissionais de diferentes regiões do país, desenvolvendo movimentos e práticas de Educação Permanente em Saúde e ativando práticas colaborativas de ensino-aprendizagem em saúde com atores da área (EducaSaúde, 2015). Os encontros virtuais, permeados por encontros presenciais, permitiram aos autores deste relato a troca de experiências, a comparação de suas vivências com os demais participantes e a cartografia ou registro dos caminhos percorridos como possibilidade de potencialização da Educação Permanente em Saúde no processo de formação. Este relato objetivou a identificação e compilação de saberes necessários para um gestor de ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos autores.

Sendo assim, esta reflexão é delineada por contornos próprios, pois parte da sensibilidade de trabalhadores de educação em saúde que, imersos em uma plataforma virtual, puderam vivenciar um movimento de reflexão e construção de conhecimento que teve por base as práticas compartilhadas de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em síntese, reflete acerca de uma prática pedagógica significativa em saúde, na qual no contexto atual requer a reconstrução de metodologias e estratégias, bem como; a compreensão de que a educação é uma atividade prática, sendo a pedagogia uma teoria que se fundamenta em função da ação (Saviani, 2010), ou seja, uma prática permanente e em movimento que, em razão das exigências, preocupa-se com a execução da ação e com o seu resultado. Diante disso, emerge

neste contexto a seguinte questão: quais os conhecimentos necessários ao pedagogo ou ao gestor dos processos educativos em saúde para que ele seja capaz de entender, organizar e conduzir as práticas educativas em que se empenha?

Ao propor este questionamento, os autores buscaram com este relato registrar percepções e identificar e compilar saberes necessários ao gestor de EPS. A produção de tais saberes está imbuída da vivência dos autores com os processos de EPS, bem como, da prática viva em ato de todos os discentes trabalhadores que puderam vivenciar tal experiência na plataforma de práticas. Nesse sentido, a proposta visa ilustrar a formação vivenciada e a construção de saberes imbricados em situações reais vivenciadas no desenvolvimento de situações práticas de trabalho em saúde. Tal experiência se propõe a auxiliar uma educação voltada para o desenvolvimento de uma EPS cada vez mais humanizada, responsável e ética.

Partindo das premissas apresentadas neste marco introdutório, será apresentado o delineamento metodológico deste estudo seguido da sistematização dos resultados e discussão do estudo.

Delineamento metodológico

Objetivou-se neste relato compreender “os sentidos de determinados aspectos da realidade, consistindo em ver, ouvir e examinar os fenômenos estudados” (Marconi & Lakatos, 1999). Sob essa ótica, buscou-se a compreensão de dimensões subjetivas do coletivo, a qual foram registradas através das discussões colaborativas que tinham como ponto de partida a prática em EPS dos participantes, sendo possível assim delinear a percepção dos pesquisadores acerca do tema de pesquisa. Este estudo se caracteriza como uma abordagem metodológica qualitativa que, de acordo com Minayo (2002), trabalha com um universo de significados, motivos, valores e atitudes que correspondem à um espaço profundo de fenômenos, os quais não podem se reduzir à operacionalização de variáveis. Quanto aos procedimentos técnicos, caracterizam-se como relatos de experiência, configurando-se como modalidade de investigação científica apropriada para este estudo, uma vez que se pretende registrar experiências práticas cotidianas.

O contexto da pesquisa foi o Curso de Pós Graduação *Latu Sensu*: Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação

Permanente em Saúde, coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que ocorreu durante o ano de 2015, porém certificado somente no ano de 2019. O público-alvo desta formação foram trabalhadores de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina.

O processo formativo vivenciado teve como objetivo:

Ativar processos de educação permanente em saúde nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando assim a produção de novos sentidos no fazer saúde. Esta proposta se conecta a uma experiência de encontro entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e gestores e trabalhadores entre si na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS). É um convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato. (<http://eps.otics.org/>, recuperado em 30 de abril de 2020)

Uma análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011) foi realizada no repositório das seguintes ferramentas: diário cartográfico e caixa de afecções. O diário cartográfico é caracterizado como uma ferramenta pedagógica utilizada na comunidade virtual de práticas onde foram registradas as vivências e reflexões em Educação Permanente em Saúde, permitindo interações singulares e um espaço para agregar novas produções. Já a caixa de afecções caracteriza-se como um espaço da plataforma virtual que evidenciou a troca de saberes, afecções e ofertas do grupo, ou seja, um lugar de registro, apropriação, deslocamento e contextualização dos saberes produzidos nas práticas de trabalho. As experiências analisadas foram selecionadas a partir da leitura na íntegra dos relatos registrados, sendo que, nesse estudo, foram incluídos somente aquelas que registrassem práticas que pudessem ser compiladas e caracterizadas em saberes comuns e que afetaram com maior ênfase os alunos, gerando um maior nível de discussão e reflexão no interior da plataforma.

O processo de tratamento dos dados iniciou-se com a pré-análise dos registros, fase em que se realizou a preparação do material e leitura dos achados, objetivando o contato com os dados e a impregnação pelo conteúdo. Em uma segunda etapa, realizou-se a exploração do material por meio da operação de codificação, com o recorte dos dados e sua compilação em unidades de significados (aqui denominados saberes), para, enfim, os dados serem descritos e interpretados.

Em complementariedade, as percepções dos autores quanto a experiência vivenciada também foi sendo registrada em um arquivo de texto no decorrer do processo formativo. Destaca-se que, embora os saberes tenham emergido a partir da percepção dos autores por meio da análise de conteúdo realizada, a apresentação e discussão dos saberes objetivaram mesclar a vivência na plataforma de práticas, os conhecimentos teóricos obtidos, a experiência dos autores com processos de gestão em EPS e visões de autores que compartilhavam da mesma perspectiva.

Apresentação e discussão dos resultados

Este relato buscou reconstruir teoricamente as realidades vividas pelos trabalhadores em saúde (discentes) a partir da percepção dos autores, objetivando colaborar com o aprimoramento dos processos de gestão em EPS e, conseqüentemente, colaborar com a prática dos trabalhadores do SUS, permitindo-os repensar e refletir acerca dos saberes discutidos, bem como, da importância de práticas colaborativas para a construção de conhecimentos.

A plataforma virtual de práticas como um espaço de construção colaborativa de conhecimentos em EPS

A interação virtual promovida por meio da plataforma de práticas ampliou as potencialidades, diminuiu distâncias e facilitou a troca e a integração entre os educandos, tutores e gestores através de um processo colaborativo, dinâmico e abrangente, em complemento aos encontros presenciais programados durante o decorrer da pós-graduação. Na Figura 1 pode-se observar a interface inicial do ambiente virtual de aprendizagem.

Figura 1. Interface inicial da comunidade de práticas



Fonte: Ambiente Virtual de Aprendizagem do Curso EPS em Movimento (EPS em Movimento, 2020).

Ao entrar na comunidade de práticas “Educação Permanente em Saúde em Movimento” os participantes eram convidados a refletir sobre suas vivências no cotidiano dos processos de trabalho e, nesse sentido, ir agregando novas produções acerca de suas experiências no mundo do trabalho.

A ideia da proposta era “afectar” e, ao mesmo tempo, “rastrear” movimentos de EPS em seus territórios de atuação profissional. A mediação deste processo foi realizada por um tutor previamente preparado para atuar neste contexto formativo. A plataforma contou com ferramentas pedagógicas, como diário cartográfico, caixa de afecções, fórum de debates, chat, dentre outros materiais. As atividades foram desenvolvidas com o intuito de aguçar a interação constante do grupo, onde os participantes eram convidados a narrar histórias que vivenciavam no mundo do trabalho em saúde, refletindo sobre elas a partir da troca entre os colegas e da leitura dos materiais de apoio. A partir disso e por meio das ferramentas disponibilizadas, foram construindo conhecimentos de forma colaborativa.

O tempo de formação correspondeu a doze meses, no qual existiram três momentos presenciais que eram reservados para a resolução de dúvidas operacionais e o compartilhamento de potencialidades e fragilidades da proposta (Vendruscolo, Zocche & Adamy, 2016). Os encontros presenciais foram considerados positivos para a integração do grupo. Para Merhy (2007), o trabalho vivo é aquele orientado pelas tecnologias de relações, de encontros, para além dos saberes tecnológicos estruturados, que permite liberdade no modo de fazer e de viver a saúde, refletindo ao mesmo tempo sobre os processos e as práticas do trabalho cotidiano.

A proposta de trabalho para o desenvolvimento da aprendizagem no curso se constituiu por meio da perspectiva de redes de conversação, caracterizando-se com uma ação formativa sem linearidade ou modularidade, sendo composta por entradas, percursos e registros variados e únicos por aluno. Para isso, os usuários interagiram virtualmente com os outros participantes compartilhando conhecimentos, ideias e experiências por meio de uma aprendizagem configurada como colaborativa. Pode-se observar na Figura 2 os recursos pedagógicos presentes na interface inicial do curso:

Figura 2. Infográfico contendo os recursos pedagógicos presentes na interface inicial do curso



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

O diário cartográfico e a caixa de afecções tiveram a função de motivar e estimular os participantes durante o processo de trabalho colaborativo, pois os arquivos postados na caixa de afecções faziam com que cada participante se envolvesse e compartilhasse também as suas experiências e vivências.

O diário cartográfico, como brevemente mencionado na metodologia deste estudo, configurou-se como um espaço destinado ao registro de reflexões, conhecimentos e momentos importantes no processo de aprendizagem. Nesse sentido, é uma ferramenta individual onde o aluno poderia escolher compartilhar a sua produção com os colegas ou apenas com o tutor, sendo que essa ferramenta se caracteriza como um instrumento de avaliação.

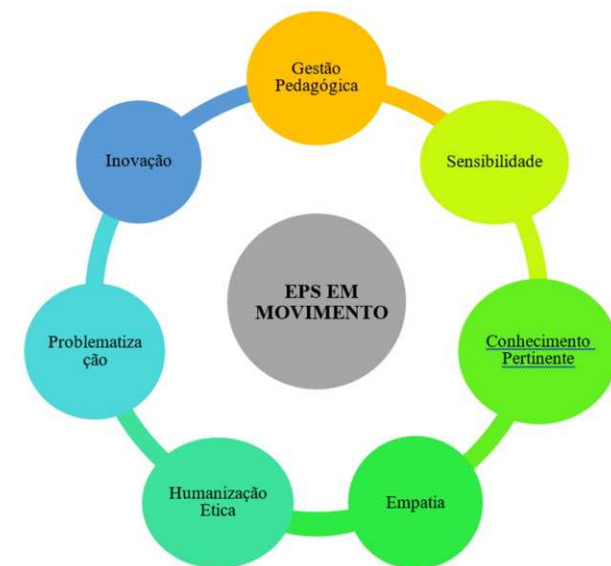
A caixa de afecções configurou-se como uma caixa de memórias, de compartilhamento de ideias, pensamentos etc. Nesse sentido, serviu de apoio para que cada participante se afetasse, se sentisse “tocado” no desenvolvimento do seu diário cartográfico.

Cabe salientar que a ferramenta denominada fórum também representou um importante espaço de interação e construção de conhecimentos e saberes colaborativos no ambiente virtual. Segue no tópico seguinte a reflexão acerca de alguns saberes produzidos na plataforma partir da percepção dos autores.

Mosaico de experiências advindas de uma comunidade virtual de práticas: percepções e construção de saberes em educação permanente em saúde

A gestão de processos de EPS é um tema de imensa relevância para a qualidade do desenvolvimento de processos de trabalho, educação e saúde. Nesse sentido, propõe-se fazer uma reflexão de saberes experienciados nessa jornada e vivenciados no trabalho vivo em ato. Tais saberes foram identificados através da interação de diferentes atores em uma plataforma on-line de uma comunidade de práticas e através dos encontros presenciais desta mesma comunidade. A partir da prática vivenciada e da observação realizada pelos autores, emergiu a percepção de saberes traduzidos aqui em categorias de análise. Estes saberes estão imbricados da essência pedagógica e da interligação entre os saberes epistemológicos e os saberes vividos pelos profissionais da Educação Permanente em Saúde. Pode-se observar na Figura 3 uma ilustração dos saberes experienciados a partir da percepção dos autores:

Figura 3. Saberes necessários ao gestor de EPS



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Saber gestão pedagógica

Caracterizado como um primeiro saber que antecede a apresentação dos demais saberes, este saber encontra sua fundamentação na reflexão acerca do conceito de Gestor de EPS. Compreende-se que o gestor é sempre um líder e a sua liderança implica educar, induzir atitudes, passar valores, incentivar e orientar ações em prol de objetivos comuns. Os líderes são agentes que possuem a capacidade de mudança e transformação em seus contextos de atuação (Chiavenato, 2011), portanto, devem ter o conhecimento necessário para tornarem-se facilitadores e apoiadores das ações de suas equipes, sempre tomando decisões seguras, tendo em vista a importância de sua decisão (Carnegie, 2015).

Ao discutir acerca da gestão pedagógica em EPS faz-se necessário uma reflexão sobre o conceito de pedagogia. O Dicionário Aurélio (2004) define pedagogia como “a ciência da educação ou método para ensinar”, no entanto, este conceito vai além e não precisa ser de posse apenas do pedagogo, mas sim de todos aqueles que buscam adentrar na subjetividade dos processos de ensino e aprendizagem. Utilizar a pedagogia é ser um curioso pesquisador, é tentar compreender a cada dia como se articulam os saberes individuais, os saberes dentro da organização onde se trabalha e os saberes do contexto que o cerca. É tentar compreender como se constrói o conhecimento naquele espaço e, mais ainda, como o conhecimento é percebido e entendido naquele local. No contexto da EPS, corrobora-se que o gestor destes processos é aquele sujeito responsável por guiar o processo educacional dos trabalhadores. Para tanto, faz-se necessário que, assim como o pedagogo, ele compreenda os processos de ensino e aprendizagem, pois gerir um processo educativo de trabalhadores de saúde em serviço pressupõe ir além das competências técnicas de gestão, já que envolve também a necessidade de competências pedagógicas para o gerenciamento de aprendizagens.

O profissional gestor de Educação Permanente em Saúde deve estar aberto ao novo e ao conhecimento renovado, estar alerta às oportunidades de aprendizagem e à compreensão de que o “momento do trabalho” é também um “momento de aprendizagem”, pois a educação permanente acontece no cotidiano das pessoas e organizações (Brasil, 2005) e implica capacidade de problematizar o seu agir como produtor de cuidado, colocando-se ético-politicamente em discussão no plano individual e coletivo de trabalho (Merhy, 2002).

Neste sentido, o gestor de EPS, ao mesmo tempo em que educa, é educado pelos trabalhadores, e ao mesmo tempo em que influencia, é influenciado (Freire, 2009) através do envolvimento constante com trabalhadores e usuários, dando concretude à trílogia gestor – trabalhador – usuário.

O gestor, através do seu olhar vibrátil e com o auxílio de algumas ferramentas estratégias e metodologias, deve estar atento e identificar as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, a fim de elaborar projetos e ações que visem suprir as demandas apresentadas. A valorização e o respeito às ideias e iniciativas dos envolvidos neste processo é de suma importância para a construção de práticas colaborativas e que estejam voltadas à qualidade da saúde da população. Para tanto, é importante que o gestor envolva sua equipe na realização dos projetos, pois quando a equipe se sente parte da gestão, torna-se mais fácil adquirir consciência e mudar a realidade com os recursos que se tem disponível.

Cabe reforçar que o gestor de processos educacionais em saúde não é apenas um administrador, ele deve ser um pesquisador, capaz de coordenar e articular a participação de todos os atores envolvidos no processo pedagógico, construindo acordos e alianças de maneira colaborativa, tendo sempre e concomitantemente uma visão macro e micro do processo. Nesse sentido, a experiência de gestão de processos de EPS tem se mostrado uma experiência de aprendizado constante a muitos profissionais. A exemplo, é possível transcrever parte do exposto no diário cartográfico de uma das alunas, publicado na plataforma on-line:

O texto que escolhi ler esta semana e compartilhar com os colegas denominado “Refletindo sobre ferramentas analisadoras”, me fez refletir sobre quais ferramentas analisadoras utilizamos em nosso dia a dia de trabalho, e se é que utilizamos alguma.... Ao ler este texto parei para pensar que, na maioria das vezes, ficamos tão envolvidos com a produção de materiais, encontros, reuniões, relatórios que acabamos não fazendo uso de ferramentas analisadoras importantes que podem minimizar o nosso trabalho e realmente adequar as nossas prioridades, qualificando assim a nossa prática em saúde. Considerei esse texto realmente uma ótima leitura para reflexão das nossas práticas. QUANTO À MINHA PRÁTICA? Creio que realmente tenho ainda muito a aprender! Após ler o texto, resolvi compartilhar com vocês colegas (em minha caixa de afecções) uma ferramenta que utilizo em minha prática de trabalho. Trata-se da ferramenta denominada “Levantamento de Necessidades de Treinamento”, essa

ferramenta é muito útil, pois através dos questionários obtidos e pesquisa participante, é realizada uma análise utilizando outras ferramentas como gráficos, tabulações de prioridades, fluxogramas etc. A partir deste estudo é realizado o planejamento anual de atividades de educação permanente. (EPS em Movimento, Diário cartográfico do aluno A, 2015).

A interação que ocorreu por meio do diário cartográfico após a leitura de um texto disponibilizado na plataforma afetou os colegas de curso. Essa afetação gerou o compartilhamento de várias outras ferramentas, estratégias e metodologias utilizadas pelos participantes em suas práticas como gestores de EPS, o que possibilitou ao grupo conhecer outras realidades de trabalho e formatos de gestão.

A escolha de estratégias e metodologias de gestão pedagógica em EPS deve objetivar a construção de acordos e alianças coletivas baseadas na realidade dos próprios profissionais. Os acordos e alianças coletivas têm base em saberes vinculados à comunicação, pois Robbins (1999) salienta que todo comportamento e sentimento encontram suas raízes originais em alguma forma de comunicação. As pessoas que afetam os pensamentos, sentimentos e ações da maioria de nós são aquelas que sabem como usar esse instrumento eficaz e poderoso. Da mesma forma, Lopes (2010, p. 42) sinaliza que os “líderes eficazes também são grandes ouvintes, [...] a mais subestimada das práticas de comunicação é a de saber ouvir”.

Assim, entende-se que o perfil do gestor de Educação Permanente em Saúde deve ancorar-se em um processo de constante comunicação e escuta por meio de um processo em constante movimento. Dentro desta ótica, o gestor de Educação Permanente em Saúde deve estar atendo a tudo e a todos, aos profissionais e aos usuários do SUS, ao contexto macro e micro, olhar para quem está sentado ao seu lado, mas também se lembrar daquele sujeito que não pode ser visto por não ter acesso ao sistema. Para tanto, isso demanda um perfil profissional com certa sensibilidade, um olhar vibrátil e uma escuta sensível, o que nos remete a reflexão acerca do saber seguinte: “saber sentir”.

Saber sentir

O segundo saber refere-se à sensibilidade dos sentidos e às diferentes formas do gestor visualizar os processos de Educação Permanente em Saúde que

o rodeiam. Essa sensibilidade passa pelos campos da “cegueira e/ ou miopia do conhecimento” e também do olhar vibrátil.

Eis que alguns anos atrás, durante o primeiro encontro presencial da Especialização em Educação Permanente em Saúde organizada pela UFRGS, os educandos foram alertados sobre a existência de um tal “olhar vibrátil”, que nos permitiu enxergar a Educação Permanente em Saúde para além da própria percepção, sentindo-a em todos lugares por onde passávamos, permitindo-lhes o reconhecimento de que os cenários de produção e de cuidado estão diretamente ligados aos cenários de produção de conhecimento e aprendizagem.

Morin (2000), que criou o termo “cegueira do conhecimento”, aponta a necessidade primeira de fazer conhecer o que é conhecer, de compreender o que é o conhecimento humano para se preparar para o enfrentamento dos riscos e tendências ao erro e a ilusão do conhecimento. Sendo assim, ao abandonar o conforto da teorização estatutária, detecta-o “novo”, que não cessa de aparecer, tornando-os capazes de rever seu conhecimento e colocá-lo em constante movimento e renovação.

Este “novo” pode estar na dimensão da subjetividade, em um lugar que é invisível aos olhos, diferente da percepção e além dos sentimentos, uma dimensão que pode ser compreendida como a dimensão das sensações, conceito discutido e refletido intensamente no curso vivenciado, denominado de “corpo vibrátil”:

É um algo mais que captamos para além da percepção (pois essa só alcança o visível) e o captamos porque somos por ele tocados, um algo mais que nos afeta para além dos sentimentos (pois esses só dizem respeito ao eu). ‘Sensação’ é precisamente isso que se engendra em nossa relação com o mundo para além da percepção e do sentimento. Quando uma sensação se produz, ela não é situável no mapa de sentidos de que dispomos e, por isso, nos estranha. Para nos livrarmos do mal-estar causado por esse estranhamento nos vemos forçados a ‘decifrar’ a sensação desconhecida, o que faz dela um signo. Ora, a decifração que tal signo exige não tem nada a ver com ‘explicar’ ou ‘interpretar’, mas com ‘inventar’ um sentido que o torne visível e o integre ao mapa da existência vigente, operando nele uma transmutação. (Rolnik, 2002, p. 3).

Dentro deste contexto dimensional das sensações, entre a cegueira do conhecimento e o reconhecimento de um olhar vibrátil é possível ousar e criar um

novo conceito, a “**Miopia em EPS**”, que pode ser exemplificada na prática como aquele gestor de educação permanente que, pior do que não ver e perceber o que está a sua volta (cegueira do conhecimento), até ousa ver, mas sem a sensibilidade necessária e com a possibilidade de ter um entendimento distorcido da realidade.

Um gestor com a sensibilidade de um olhar vibrátil irá atentar para a comunicação deste profissional/usuário, analisando até mesmo os seus silêncios, pois a linguagem não verbal também deve ser criteriosamente observada como uma forma de comunicação. Além disso, cabe refletir acerca de alguns questionamentos: qual o verdadeiro significado de tal comunicação? Qual a origem da comunicação? O que a motivou? É uma comunicação individual ou coletiva? O que subjetivamente poderá estar implícito na comunicação? Qual a opinião do coletivo? Quais as possíveis soluções para o problema apresentado? Quem deverá ser o responsável por essa resolução? O que individualmente ou em grupo pode-se fazer para solucionar ou minimizar o problema apresentado?

Esta temática foi referência em uma das postagens da plataforma de práticas, o que possibilitou a reflexão colaborativa acerca da comunicação não verbal e daquilo que não é expresso em palavras, porém necessita ser observado:

Realmente temos que tentar compreender o que o silêncio pode significar em nossa vida e no trabalho em saúde, o silêncio tem inúmeras facetas. Devemos lembrar que no silêncio sempre há ruídos, como nos diz Casimiro de Brito. Sobre as outras abordagens para enfrentar o silêncio convido todos os colegas a reler o capítulo do artigo que postei na semana passada, sobre a abordagem centrada na pessoa. Na página 07, discute-se sobre a linguagem não verbal dos pacientes, onde a autora aborda que o conhecimento sobre a atividade comunicativa não verbal possibilita que, tanto o profissional, quanto o paciente, interpretem e construam suas percepções um sobre o outro. (EPS em Movimento, Diário cartográfico do aluno A, 2015).

Complementando a descrição do relato virtual mencionado, é preciso compreender que a linguagem não verbal está presente também no plano dos gestos, das expressões faciais e dos movimentos corporais, como a observação da maneira como senta-se, o grau de aproximação do paciente, o contato corporal, o aperto de mãos, a utilização do olhar e a angulação do corpo, e que a partir dessa

observação um determinado conteúdo pode ganhar um sentido inteiramente diferente em relação ao seu sentido manifesto. Pode-se observar no trecho que segue a postagem de outro aluno acerca desta categoria de análise:

Deixamos de “ouvir” o silêncio, deixamos de perceber o movimento de retomada do usuário, deixamos de permitir que ele experimente a imersão nos seus pensamentos e traga, no seu tempo, aquilo que lhe afeta. Em suma, aprendi a perceber estes lapsos de silêncio, como momentos de construção, de construção de aliança terapêutica, onde o usuário tem o direito de ser ouvido no seu tempo, sem que precisemos interpelar ou dizer qualquer coisa que nos remova daqueles momentos em que a boca não fala, mais a mente pulsa. (EPS em Movimento, Diário cartográfico do aluno B, 2015).

Dessa forma, entende-se que todas essas percepções podem ser visíveis e sensíveis ao olhar vibrátil do gestor de Educação Permanente em Saúde e fazem parte do trabalho vivo em ato, conforme afirma Merhy (2005) em um texto discutido pelo grupo na plataforma:

Podemos pensar no manejo durante uma consulta, na qual algo que fazemos passa a ter um significado e uma importância na condução do encontro com o usuário. Ou no gesto do usuário que nos possibilita identificar outras formas de aproximação com este usuário as quais ainda não havíamos percebido. (EPS em Movimento, 2014c).

Muitas vezes a criatividade em EPS torna-se indispensável para que o gestor consiga transformar a cegueira do conhecimento, corrigir a miopia em EPS e aguçar o olhar vibrátil em uma prática qualitativa viva que ouça os ruídos e silêncios e que vá ao encontro das perspectivas dos profissionais, da população e principalmente dos princípios do SUS.

Através do entendimento deste saber, ao “detectar o novo” os radares de sensibilidade podem ser potencializados, ampliando a visibilidade do contexto e conseguindo perceber o que antes parecia invisível aos olhos. Todas essas percepções podem ser visíveis e sensíveis ao olhar vibrátil do gestor de Educação Permanente em Saúde e fazem parte do trabalho vivo em ato. Ao deixar a miopia do conhecimento para trás e aguçarmos o olhar vibrátil, caberá também aprender

a identificar quais os saberes e conhecimentos pertinentes são necessários a prática do gestor de EPS. Segue no próximo tópico uma breve reflexão sobre o tema.

Saber pertinente

O terceiro saber vai ao encontro dos **princípios do conhecimento pertinente** e da relação entre o todo e as partes dos processos de Educação Permanente em Saúde. Ele traz em seu âmago os conceitos de transdisciplinaridade, interdisciplinaridade, contextualização e multiprofissionalidade.

Morin (2000) defende que o conhecimento pertinente implica na oposição à fragmentação do saber, buscando a interconexão entre os saberes, entre o todo e as partes. Aproximando este conhecimento do contexto da EPS, emerge a reflexão sobre a necessidade de perceber a transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade para a complexidade dos conceitos que envolvem estes processos. Nas discussões na plataforma de práticas através do diário cartográfico e das afecções dos educandos, foi possível refletir colaborativamente sobre o todo e suas partes, sobre o SUS e suas práticas de trabalho diário, sobre o processo de formação dos profissionais de saúde e a influência na qualidade do serviço oferecido à população. Foram muitos “sobres”, porém o “todo” e as “partes” sempre se interconectam, entrecruzam-se a todo momento, a cada reflexão, atendimento e prática de trabalho.

O conceito de contextualização complementa o sentido do conhecimento pertinente ao apontar a necessidade da compreensão de que as informações e conhecimentos sempre fazem parte de um todo, e que ao aproximar os conhecimentos técnicos do contexto pessoal e real dos profissionais/usuários, este conhecimento terá mais significado, incorporando-se às vivências concretas e reais dos sujeitos.

Morin (2000), ainda sobre a importância de refletir sobre a complexidade, que o pensamento complexo está ligado à **transdisciplinaridade** do conhecimento, pois existe o reconhecimento de que tudo está interligado e em permanente transformação (D'Ambrosio, 1999). Em complementariedade, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade têm sido palavras-chaves para o processo educacional em saúde. A **interdisciplinaridade** é o estabelecimento de uma intercomunicação entre disciplinas/conhecimentos por meio do enriquecimento das relações. Da mesma maneira, o mundo não é entendido por

conceitos isolados, pois para que se compreenda a complexidade do conhecimento é necessário a compreensão do mundo de forma integrada e não fragmentada. Um trabalho interdisciplinar pode ser realizado através de vivências reais, simulações de problemas e contextos da vida real que para serem enfrentados necessitarão de determinados conhecimentos e competências. Uma prática interdisciplinar em saúde deve prezar pela integração das disciplinas ao nível de conceitos e métodos (Alves, 2004), ou seja, uma intercessão dos conhecimentos (Luz, 2009).

É importante salientar que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade não são iguais, porém são complementares nas práticas em saúde. O trabalho multiprofissional consiste no estudo de um mesmo objeto por diferentes campos do saber, sem que isso gere convergência entre os conceitos e métodos (Alves, 2004). Sob esta ótica, o conhecimento é compreendido como uma soma de olhares que tem origem em diferentes práticas ou disciplinas, sejam elas normativas ou discursivas apresentadas pelos profissionais. Este entendimento compreende que o objeto no modelo multiprofissional é resultante de uma soma de “olhares” e métodos provenientes de diferentes disciplinas ou práticas, quer normativas ou discursivas, colocadas pelos profissionais (Luz, 2009).

De fato as dificuldades na realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde podem ser complexas, principalmente ao deparar-se com o rompimento de práticas ainda fragmentadas, resultado de uma formação disciplinar e um modelo fragmentado de trabalho onde cada profissional realiza parcelas do trabalho sem integração com as demais áreas envolvidas, sendo assim necessário buscar um trabalho em saúde que tenha a essência da integralidade, que vise a abrangência do cuidado em saúde objetivando desenvolver na prática os pilares de sustentação da atenção à saúde preconizado pelo SUS (Gelbcke, Matos & Sallum, 2012).

Em síntese, aproximar os conhecimentos técnicos do contexto pessoal e real dos profissionais/usuários terá mais significado ao incorporar as vivências concretas e o aprendizado em novas vivências. O trabalhador/usuário deve ser “seduzido” para a importância de compreender e construir os significados e conhecimentos, porém para que isso torne-se real, é necessário que o gestor de processos de educação permanente contextualize as necessidades formativas utilizando diferentes estratégias de aprendizagem, a fim de articular o conteúdo em questão as outras áreas do conhecimento. Faz-se importante neste contexto

exercitar a dialética da ação-reflexão-ação, tendo sempre como ponto de partida a realidade social (Freire, 2009) e utilizando sempre as linguagens e tecnologias adequadas às necessidades dos indivíduos.

Este saber pode ser ilustrado pela colocação da aluna A, que menciona que em sua prática como preceptora de Educação Permanente em Saúde os projetos de formação baseiam-se em uma pedagogia problematizadora, onde durante os processos formativos dos trabalhadores eles conseguem reconstruir o conhecimento da teoria para a prática. Ou seja, ela relata que os profissionais adquiriram a competência de selecionar os conhecimentos pertinentes às suas práticas de equipe e a partir disso, por meio das atividades propostas iam educando-se uns aos outros no próprio ambiente de trabalho, selecionando as práticas que melhor se adaptavam aos seus contextos de trabalho e melhorando assim a qualidade de atendimento prestado à população.

Neste contexto emergente, a educação deve estar voltada para as relações sociais dos trabalhadores e suas equipes por meio do desencadeamento de uma visão do todo e de rede que seja capaz de construir aprendizagens significativas. De acordo com Mitre (2008), dessa maneira “podem-se alcançar novos caminhos, em uma perspectiva de composição das jornadas individual e coletiva, aceitando o desafio de reconstruir valores significativos como o cuidado, a solidariedade, a amizade, a tolerância e a fraternidade”. A percepção destes valores parece estar calçada em uma palavra-chave: “empatia”, a qual é tema de reflexão do próximo saber.

Saber empático

O quarto saber necessário ao gestor de Educação Permanente em Saúde, de acordo com a percepção dos autores, é o entendimento dos conceitos de compreensão humana e empatia. Parece que o problema da compreensão se tornou crucial e deve ser uma das finalidades da educação do futuro, visto que o paradoxo da incompreensão predomina em um mundo cada vez mais repleto de meios de comunicação (Moran, 2000). Existem duas formas de compreensão: a compreensão intelectual e objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. A compreensão abordada neste relato trata-se da compreensão humana intersubjetiva, que é definida como a identificação entre os sujeitos, que emerge o

conceito de empatia (Morin, 2000) que parece ser uma possibilidade de qualificar os espaços de trabalho em saúde.

Este saber emergiu na plataforma de práticas após uma das educandas postar um texto sobre empatia que incentivou a discussão, enquanto grupo, sobre esta temática e suas relações, alertando o olhar vibrátil dos alunos para a percepção de sua importância nas práticas de educação em saúde. Esta reflexão pode ser ilustrada por meio de um trecho do diário cartográfico on-line:

Intensificar a relação do profissional de saúde com o usuário, na minha opinião, traz realmente resultados positivos ao processo. Essa intensificação, a qual deixa de ter o centro no atendimento puramente médico, com diagnóstico e conduta a seguir, e traz consigo outros conceitos como a humanização, interação e empatia, fortalece o vínculo entre ambas as partes, e muitas vezes um problema que seria sanado por caixas de medicamentos, se resolve com muito menos do que podemos imaginar. Concordo Amanda e João, a empatia é muito importante! (EPS em Movimento, Diário cartográfico do aluno F, 2015).

Salienta-se que a compreensão e a empatia estão intimamente interligadas, visto que compreender é um processo de empatia na medida que, para que se possa compreender verdadeiramente o outro, necessita-se “entrar no sentimento do outro”. De acordo com Falcone, 1998; Goldfeld, 2010), a empatia é definida como a sintonia fina de sentimentos e pensamentos com outras pessoas, considerando-as sujeitos únicos e singulares, assumindo a aceitação de como essas pessoas são e de como pensam, sentem e se comportam. O texto postado pela aluna em sua caixa de afecções e compartilhado com os colegas afetou imensamente muitos participantes do curso, os quais, por meio de suas postagens, puderam refletir acerca do tema empatia e suas relações com as práticas de trabalho. Pode-se observar na fala do aluno C uma ilustração deste processo:

“Empatia, a arte de sair do egocentrismo”. Colega, seu post me afetou. A ação de abrir-se para o outro normalmente parece ser superada pela poda automática que fazemos, referindo a tal “necessidade do distanciamento técnico”. No entanto, o quanto temos nos afastado? O quanto de empatia deixamos de desenvolver? Não é incomum, diante do relato de alguma situação ‘difícil’ que outrem relate, nós reagirmos com ‘sintomas’ de empatia.

Nossos olhos semicerram, nos vemos balançando sutilmente a cabeça (como quem solidariamente absorve e ratifica aquilo que é dito), concordamos com pequenas e breves interjeições. Recentemente atendi por meio de apoio matricial uma enfermeira de uma determinada UBS do meu município, que atendeu uma usuária com uma profunda situação de violência doméstica. Enquanto matriciávamos a situação, a enfermeira relatou que, no momento da abordagem com a usuária, o relato deixou-a tão emocionada que ambas choraram. A usuária, porque relatava com grande carga de sofrimento a situação a que estava submetida. E a enfermeira por sua vez, emocionalmente conectada com aquele relato de sofrimento, se permitindo entrelaçar-se em solidariedade e empatia. Tivemos grande evolução na situação, sobretudo com a tomada de decisão pela própria usuária, que deixou de sujeitar-se a situações de violências promovidas pelo ex cônjuge. Mas ousou dizer que, todo o avanço que tivemos, foi porque a usuária permitiu confiar no manejo e orientação da equipe ampliada que a atendeu diante do sofrimento que passava. Talvez se a enfermeira não tivesse, naquele primeiro momento, se permitido agir com empatia (e chorar, com a usuária), não teria sido desenvolvido o nível de confiança necessário, para que pudéssemos de fato, ter promovido intervenções tão estruturais com a usuária. (EPS em Movimento, Diário cartográfico do aluno C, 2015).

Segundo Goldfeld (2010), apesar da empatia ser um talento inato a inúmeros seres racionais, ela também pode ser desenvolvida e aprimorada ao longo da vida. De acordo com a autora, a capacidade empática inclui (a) atenção empática, (b) ouvir sensivelmente ou escuta ativa e (c) verbalizar sensivelmente. Segue os principais elementos de como a compreensão empática pode se expressar:

A) PRESTAR ATENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS OBSERVÁVEIS: Fitar o interlocutor com postura descontraída, porém atenta (...). Identificar mensagens não verbais que expressam emoções.

B) OUVIR SENSIVELMENTE COMPORTAMENTOS: Escutar o significado, o sentido e as intenções do outro: acenar afirmativamente com a cabeça, parafrasear. É realmente escutar o outro, sem fazer inferências.

C) VERBALIZAR SENSIVELMENTE COMPORTAMENTOS OBSERVÁVEIS: Explicar e validar os sentimentos e perspectivas da outra pessoa; fazer com que o interlocutor se sinta compreendido;

reduzir a ansiedade da outra pessoa tornando-a mais disponível para ouvir. (Goldfeld, 2010, p. 3).

A partir deste entendimento, são apresentadas três estratégias para o treinamento e desenvolvimento da capacidade empática. A primeira é o espelhamento, o qual provoca empatia através do espelhamento dos gestos, da postura facial e corporal, gerando ressonância no interlocutor e se constituindo em uma mensagem subliminar, de aceitação e acolhimento. A segunda estratégia é escutar os sentimentos, ou seja, ter disponibilidade interna e externa para com o interlocutor e percebendo motivações, interesses, necessidades e valores. A terceira é a habilidade de solucionar problemas empaticamente, em conjunto com o interlocutor, apontando as vantagens e desvantagens em cada uma das soluções (Goldfeld, 2010). Aproximando-se dessas premissas, pode-se mencionar a reflexão do aluno D que postou o seguinte:

Nos atendimentos psicológicos senão houver “empatia” não existe possibilidade do que é chamado de “amor de transferência”. Por vezes, levamos meses até conseguir estabelecer esta “transferência” e possibilitar efetivamente o tratamento. Está implícito neste conceito um saber que o usuário deposita no profissional, que diz respeito a ele crer que o profissional detém um saber capaz de auxiliá-lo, um saber capaz de curá-lo de seu sofrimento. (EPS em Movimento, Diário cartográfico da aluna D, 2015).

O saber empático destaca a importância da compreensão e da empatia na prática da educação em saúde, pois são os alicerces de uma prática qualitativa de educação em saúde que objetiva fortalecer o vínculo com os envolvidos. O fortalecimento dos vínculos pode impulsionar o alcance dos objetivos e estratégias pedagógicas previamente traçados e também aqueles modificados ao longo do processo. Neste sentido, corrobora-se com Morin (2000), quando afirma que ensinar a compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana, pois o seu desenvolvimento pode causar a reforma das mentalidades, sendo essa a chave para a educação do futuro. Compreende-se que ao detectar e desenvolver a compreensão e a empatia nas práticas de EPS poderá haver melhorias significativas nas práticas de cuidado a população, produzindo assim uma prática cada vez mais humanizada.

Saber humanizado

Este quinto saber foi discutido com muita profundidade na plataforma de práticas, tanto por meio dos textos disponibilizados, como também por meio das diversas interações e práticas relatadas. Este saber está imbricado de duas palavras muito utilizadas pelos gestores do SUS, mas que na prática muitas vezes perdem o seu sentido de concretização até mesmo em uma simples reunião de equipe com profissionais de saúde. Questiona-se então, onde estará a tal humanização e a tal ética que deve nortear nossas ações enquanto atores do Sistema Único de Saúde? Isso é o que se propõe a discutir um pouco neste saber, elencado como um dos saberes necessários ao profissional gestor de Educação Permanente em Saúde.

O gestor de Educação Permanente em Saúde deve conhecer a política de humanização e suas diretrizes a fim de aplicá-la em sua prática diária. A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. A humanização, em seu sentido filosófico, encontra sua base no Humanismo, que é uma corrente filosófica que reconhece o valor da dignidade do homem, o qual considera sua natureza, limites e potenciais. O humanismo busca a compreensão do homem e a criação de meios para que os homens se compreendam. A humanização deve ser vista como uma dimensão fundamental a qual deve operar transversalmente os diversos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

O Ministério da Saúde (2019) apresenta alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH e que são fundamentais às práticas de EPS. Tais conceitos selecionados e descritos foram discutidos e validados nas discussões colaborativas on-line, bem como foram buscados colocar em prática durante os encontros presenciais:

Acolhimento: acolher é reconhecer o que o outro traz como necessidade de saúde. O acolhimento deve embasar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Este é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário. Através de uma escuta qualificada, é possível garantir a efetividade de práticas qualitativas de saúde. O acolhimento, assim como todas as práticas de saúde, está intimamente

interligado com a educação permanente, pois “o processo educativo ocorre ao mesmo tempo em que se produzem atos de cuidado” (Educação Permanente em Saúde em Movimento, 2014a).

Gestão Participativa e cogestão: cogestão induz à inclusão de novos atores nos processos das tarefas da gestão. Destacam-se dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde, como por exemplo, os colegiados gestores, as mesas de negociação, gerência de porta aberta etc. Na plataforma de práticas, este conceito foi observado e registrado, de acordo com a citação abaixo de um dos textos estudados:

Todos têm saberes e conceitos a respeito de saúde! [...] Por isso é que o trabalho em saúde acontece em ato, é um trabalho vivo em ato. Porque todos atuam uns sobre os outros no momento da produção do encontro. [...] E por isso mesmo é que todos são gestores, todo mundo faz gestão. Do usuário ao secretário! Todos são gestores e todos têm projetos. Para uma gestão disposta a produzir conversas e negociações, a Educação Permanente em Saúde é indispensável! (Educação Permanente em Saúde em Movimento, 2014b, grifo nosso).

Ambiência: de acordo com o Ministério da Saúde (2019), a ambiência compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. A valorização da ambiência está prevista na PNH e busca a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, objetivando contribuir para a mudança das relações de trabalho. É norteadada por três eixos principais: espaços que visam a confortabilidade, espaços como ferramentas facilitadoras do processo de trabalho e espaço de encontros entre os sujeitos. Projetar espaços de encontros entre os sujeitos está interligado ao conceito de inclusão que é entendido pela PNH como um dispositivo de transformação, capaz de propiciar a criação de espaços coletivos (oficinas, rodas) para discussão e decisão sobre as intervenções no espaço físico dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Clínica ampliada e compartilhada: a clínica ampliada é uma ferramenta cuja finalidade é contribuir para uma qualificação da abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, a qual considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento; utilizando recursos que permitam o enriquecimento dos diagnósticos e a qualificação do diálogo, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (Ministério da Saúde, 2019). Este conceito foi mencionado em uma citação presente em um texto lido e discutido na plataforma de práticas, que diz o seguinte:

Outro elemento importante é a construção de critérios compartilhados. Geralmente os protocolos de acesso são construídos a partir do olhar do especialista. É preciso que sejam construídos em diálogo com todos, generalistas e especialistas. São perspectivas muito diferentes e precisam ser colocadas para conversar. Outro ponto: os acordos, os protocolos devem ser reconhecidos como linhas de base, pontos de partida, pois alguns casos vão pedir outras ofertas que o protocolo não conseguiu incorporar. (Educação Permanente em Saúde em Movimento, 2014).

Valorização do Trabalhador: é importante assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão, dando atenção à experiência dos trabalhadores e incluindo-os nas tomadas de decisões, apostando na capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho (Ministério da Saúde, 2019). Além disso, a promoção da saúde nos locais de trabalho objetiva aprimorar a capacidade de compreensão do contexto de trabalho como espaço para debates coletivos, em que a gestão coletiva das situações de trabalho fundamentará a promoção de saúde (Barros, Mori & Bastos, 2006).

Defesa dos Direitos dos Usuários: os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei. Os serviços de saúde devem incentivar o seu conhecimento e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, pois esses direitos devem ser a chave para a compreensão de um conhecimento pertinente em prol de uma Educação Permanente em Saúde de qualidade (Ministério da Saúde, 2019).

De acordo com este saber, pode-se relatar aqui uma atividade que foi proposta na comunidade de práticas, um sistema de aprendizagem social, formado por pessoas que voluntariamente compartilham de um mesmo interesse, interagindo regularmente, trocando informações e conhecimento e compartilhando os caminhos do seu aprendizado (Fernandes, Cardoso, Capaverde & Silva, 2016). Desta forma, a atividade proposta consistia em dar continuidade ao capítulo de uma novela, em que o contexto era uma unidade de saúde na periferia de um grande centro urbano onde ocorriam situações que aumentam a vulnerabilidade de seus moradores, como o tráfico de drogas, a violência policial, a exploração sexual, a violência doméstica contra crianças e mulheres, o desemprego, dentre outras. Porém, as formas de viver em comunidade também produziam resiliência, como laços de amizade, de solidariedade, ajuda mútua, organização de movimentos sociais e culturais, além de centros comunitários e ONGs.

A partir do estudo dos capítulos apresentados, os discentes deveriam refletir dentre outras questões: quais eram as tensões, o que estava em disputa, quais eram os limites e as possibilidades naquele contexto? Onde e como os personagens eram afetados e agenciados para repensar suas práticas naquele lugar? Como o mundo da vida afeta o mundo do trabalho? Diante dessas questões, os discentes foram convidados a dar continuidade a esta novela e a registrar em seu diário cartográfico as sensações, ideias, lembranças e conexões com o seu cotidiano que pudessem ter produzido ao ler os capítulos. Ao ser realizada essa atividade foi possível repensar e problematizar enquanto grupo as práticas vigentes em busca de um saber mais humanizado, bem como refletir acerca dos conceitos que norteiam o trabalho da PNH. Tal experiência nos conecta ao próximo saber, que aborda a importância da problematização nas práticas de EPS para a construção de saberes colaborativos.

Saber problematizador

Uma educação em saúde que objetive estar em permanente movimento está presente no sexto saber, saber este em consonância com a metodologia problematizadora, onde o processo acontece a partir da reflexão crítica sobre as práticas vivenciadas. A proposta tem como ponto de partida a realidade

concreta e suas formas de interpretação, e tem como objetivo a construção de um conhecimento novo, o qual deixa de ser apenas o conhecimento teórico do educador ou o conhecimento empírico do educando (sujeito em processo de aprendizagem), mas um conhecimento construído coletivamente que ao integrar teoria e prática desperta os sujeitos do processo para a transformação da realidade (Freire, 2009).

Este modelo de educação é um ato político que reeduca todos os sujeitos envolvidos. Ele é mais do que simplesmente a transmissão de conteúdo, pois não é a teoria ou os conceitos abstratos que educam e sim, a prática concreta, que refletida da luz da teoria, transforma a realidade, ou seja, é uma transformação do conhecimento que tem como consequência uma reconstrução das práticas. Merecem destaque alguns principais valores e categorias pedagógicas na obra de Paulo Freire como: a dialogicidade, o trabalho coletivo, a ética, a tolerância, a política, a esperança, a indignação e a autonomia. Todos estes valores devem ter como plano de fundo a ideia de que “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho; as pessoas se educam entre si, mediatizadas pelo mundo” (Freire, 2009, p. 79).

Cabe salientar o relato uma atividade vivenciada na comunidade de práticas que apresentou a problematização de um estudo de caso com o título “aprendizagem como produção compartilhada de saberes”, o texto relatou o trabalho de dois agentes comunitários de saúde que atuavam em uma comunidade muito pobre e não contavam com educação permanente no seu cotidiano. De acordo com o estudo, os agentes participavam apenas de reuniões com pautas previamente preparadas que pareciam desmotivadoras aos trabalhadores. No entanto, foi se tornando “sagrado” um lanche após as reuniões semanais, e este espaço era um momento em que todos falavam, todos trocavam ideias, discutiam, sem pauta. O assunto naquele espaço era tão vivo quanto seu cotidiano, era um momento que nenhum trabalhador perdia e deste espaço muitos novos acordos surgiam. A história relatada representa, de acordo com o texto

uma transição de uma situação de ausência de espaços formais de trocas de saberes e compartilhamento das dificuldades entre os trabalhadores, para um momento de expectativa com mudanças estruturais que prometiam, em sua forma, alterar este quadro. No entanto, o que ocorreu foi uma mudança na estrutura (com a oferta do espaço de reunião), mas programada a partir de um roteiro pré-definido que partia de regras

sobre como as coisas deveriam acontecer, sem nenhuma combinação ou construção coletiva, ou seja, sem escuta. No entanto, a demanda era simplesmente essa: escuta e compartilhamento, construção coletiva de propostas para os desafios do dia-a-dia. Podemos observar que, apesar disso, há um movimento instituinte, ou seja, uma produção desejante entre os trabalhadores, que constroem brechas e nesse espaço ocorre a invenção de novidade e, portanto, a produção de aprendizagens inéditas, independente de estruturas formais. (Educação Permanente em Saúde, 2014f).

Após o estudo deste texto, foi proposto aos discentes que observassem como se dava a construção de aprendizagens em seus espaços de trabalho, observando quais eram as brechas, os espaços formais, os atores envolvidos e que tipo de saberes eram construídos para assim rastrear movimentos e refletir sobre quais seriam as possibilidades de potencializá-los.

A partir dessa atividade foi possível repensar os espaços de construção de saberes, refletindo acerca do caráter problematizador do diálogo em torno das situações ou conteúdos reais, concretos, existenciais, implicando necessariamente um “retorno crítico à ação” transformadora. Enquanto grupo, compreendeu-se que os trabalhadores podem ser os protagonistas de um processo qualitativo de educação permanente, e este papel deve ser discutido nas diferentes redes de saúde, tal qual foi discutido na plataforma de práticas. Desvela-se aqui a percepção de que a experiência problematizadora vivenciada no curso que partiu das práticas e contextos reais de trabalho engendrou uma prática transformadora nos processos de gestão de educação permanente dos profissionais participantes deste movimento.

Nesta perspectiva, cabe mencionar um trecho do diário cartográfico do aluno A, que menciona:

A metodologia problematizadora é a base da minha prática enquanto Preceptora de Educação Permanente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Trabalhamos com diferentes projetos de capacitação, onde sempre compreendemos a Educação Permanente como um desafio a estimular o desenvolvimento de competências técnicas nos profissionais visando torná-los autônomos no desenvolvimento de suas atribuições. Visa-se à contínua oferta de espaços propícios ao ensino aprendizagem dos profissionais no ambiente de trabalho, tendo como norte o

fortalecimento das equipes e processos adequados à realização de práticas de excelência. De acordo com a metodologia problematizadora de Paulo Freire, este processo acontece a partir da reflexão crítica sobre as práticas de assistência vigentes e do contexto sócio político e sanitário do serviço. Procura-se constantemente estimular o compartilhamento de olhares nestes espaços, favorecendo o aprendizado de referências técnicas e transformações necessárias à qualificação do serviço, do trabalho, do cuidado, da educação, e da qualidade da assistência. (EPS em Movimento, Diário cartográfico da aluna A, 2015).

Com base nos aprendizados pedagógicos da metodologia problematizadora que foram discutidos na plataforma de práticas, torna-se interessante citar algumas considerações na busca por uma gestão de qualidade em Educação Permanente em Saúde: 1) em toda relação em que a teoria e a prática estão envolvidas deve sempre haver uma reflexão para que nenhuma delas perca seu sentido; 2) o gestor de Educação Permanente em Saúde deve estar sempre aberto aos questionamentos e em um movimento de permanente escuta; 3) os conhecimentos dos usuários, dos profissionais e demais atores envolvidos devem sempre ser respeitados, observando e trabalhando as diferentes individualidades de acordo com o seu entendimento e contexto; 4) o gestor de EPS deve estar ciente de que suas atitudes, falas, projetos e outros movimentos podem influenciar positivamente ou negativamente na vida dos envolvidos; 5) o ensino e a prática, assim como o ser humano, devem ser vistos como inacabados e em processo de constante construção; 6) nunca transgredir a ética na relação com o outro, pois é preciso respeitar a autonomia dos indivíduos; 7) os problemas devem ser vistos como possíveis de serem solucionados coletivamente; 8) a curiosidade é a mola propulsora do aprendizado, portanto deve-se sempre estar com os olhares vibráteis atentos aos sinais apresentados ao redor; 9) o gestor educador jamais deve falar de cima para baixo, mas sempre “para o outro” e “com o outro” e 10) refletir sobre as práticas pedagógicas torna-se indispensável quando se quer modificar e aperfeiçoar aquilo que o olhar vibrátil percebe necessário.

Cabe salientar que, além de problematizar as realidades em busca das possíveis melhorias, se faz importante atentar o olhar vibrátil às inovações que ocorrem no campo, a fim de não correr o risco de estagnar os conhecimentos e as

práticas de EPS. Objetivando refletir sobre isso, no próximo tópico será discutido acerca do saber denominado “inovador”.

Saber inovador

O objetivo de apresentar este sétimo saber é contribuir para o desenvolvimento de enfoques educacionais inovadores, orientados para a transformação dos serviços de saúde que estejam comprometidos com o desenvolvimento eficaz da Educação Permanente em Saúde. Desde muitos anos, alguns educadores, gestores e trabalhadores vêm lutando para desmistificar a educação permanente como capacitação e treinamentos através de métodos tradicionais, que visam a transmissão de conhecimentos dentro da lógica escolar, pois na maioria das vezes estas não tem sido suficientes para suprir a demanda e atingir os objetivos de aprendizado esperados, nem sempre traduzindo em uma aprendizagem organizacional que possa contribuir para uma ação coletiva. Os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos mostraram alguns contrastes entre os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”.

A **Educação Continuada**, tradicional no setor de saúde, se caracteriza por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização, produzindo uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática (PNE, 2009). Esta educação de caráter uniprofissional, objetivando apenas uma visão pontual e mercadológica do trabalho, pautada em metodologias conservadoras, trouxe, segundo Mitre (2008), a separação do corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, fragmentando assim o saber em campos de conhecimento especializados em busca da assunção da eficiência técnica.

Em contraponto, temos o enfoque da **Educação Permanente**, que representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços ao incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, modificando assim as estratégias educativas, utilizando a prática

como fonte de conhecimento e como base para a problematização. Objetivando uma maior interação do grupo, colocam-se as pessoas como atores reflexivos da prática, construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de meros receptores (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009).

Sobre isso, pode-se compartilhar um trecho do diário cartográfico da aluna A que busca fazer uma reflexão entre a PNEP e a sua prática de trabalho em EPS:

Ao ler a Política Nacional de Educação Permanente me deparei com a seguinte frase a qual me afetou: “Os processos educacionais tendem a ser concebidos cada vez menos como atividade de apoio complementar, para se converterem, cada vez mais, em um componente estratégico dos projetos. A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais” (PNE, p. 56). Esta citação me impulsionou a dividir com os colegas um dos projetos desenvolvidos no setor de educação permanente em saúde a qual trabalho, o “Projeto de Capacitação In Loco”, o qual tem como objetivo adaptar o profissional contratado a realidade do SAMU 192 até torná-lo apto a realizar as suas atividades com as competências e qualidade necessárias a sua função. Esta capacitação é realizada pelos coordenadores responsáveis “in loco”, ou seja, no local de trabalho do profissional, juntamente com sua equipe, propiciando assim, uma capacitação muito mais significativa. (EPS em Movimento. Diário cartográfico do aluno A, 2015)

A discussão acerca do Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde permitiu o entendimento de que as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios linguísticos (semânticos) e regulações. Se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes vínculos, dificilmente conseguirão transformá-los, pois existe a necessidade de trabalhar para além das habilidades que se quer desenvolver nos indivíduos, ou seja, trabalhar a organização e seu entorno como contextos reais de aprendizagem, percebendo a necessidade de inovar as práticas e enfoques educacionais vigentes.

Nesse sentido, esta inovação deve iniciar a partir de uma prática reflexiva e participativa que tenha como objetivo a solução de problemas pelo próprio conjunto, uma prática que esteja de acordo com um projeto global, que vise desenvolvimentos a curto e a longo prazo e que esteja orientada para a transformação das práticas coletivas através de estratégias que atinjam uma diversidade de atores, desde o usuário até os tomadores de decisão. Assim, a Educação Permanente pode ser percebida como uma forma mais ampla de educação do trabalhador, considerando uma formação integral e contínua do indivíduo, tendo um referencial teórico-metodológico problematizador. Por sua vez, a Educação Continuada é compreendida como sendo mais estanque, pontual e diretiva, direcionada à capacitação profissional, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais.

As discussões acerca da temática inovação propuseram diversas interações e reflexões acerca das práticas vigentes, pois os profissionais percebem a necessidade de colocar em prática a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como inovar as práticas tradicionais que ainda se fazem presentes, buscando soluções engajadoras nos processos de EPS. Ao pensar em Educação Permanente em Saúde e experiências inovadoras, não é aceitável deixar de lado a grande revolução tecnológica que ocorreu no século XX. Este novo cenário requer que sejam recriadas práticas pedagógicas eficazes que se articulem com as novas formas de ser estar no mundo contemporâneo, sendo flexíveis e adaptáveis à realidade. Sendo assim, o aprendizado através de recursos tecnológicos tem se tornado cada vez mais comum e tem se desenvolvido muito nas últimas décadas.

Todos esses avanços tecnológicos nos fazem refletir que cada vez mais as estratégias de educação em saúde tradicionais, onde as capacitações e treinamentos ainda estão baseados na transmissão de conteúdos, deixam de fazer sentido e se tornam práticas retrógradas e arcaicas. Atualmente, é possível potencializar e inovar a EPS, pois as tecnologias digitais têm possibilitado práticas cada vez mais pautadas em metodologias ativas que prezam por uma aprendizagem colaborativa e crítica, reflexiva e criadora. Por exemplo, pode-se citar algumas metodologias e recursos inovadores como ensino híbrido, cultura maker, gamificação, jogos digitais, plataformas adaptativas, dentre outras. Assim como a educação nas escolas e nas Universidades, os espaços de Educação Permanente em Saúde também necessitam de inovação.

A experiência adquirida neste processo formativo ilustra na prática a inovação possível nos processos de Educação Permanente em Saúde, pois demonstra que, por meio de práticas colaborativas mediadas em um ambiente virtual denominado Comunidade de Práticas, foi possível a participação ativa dos envolvidos no processo, os quais comprometidos com uma educação transformadora, promoveram a reflexão, criação e cocriação de saberes compartilhados em saúde.

Considerações finais

Experienciar um processo formativo por meio de uma comunidade de práticas possibilitou aguçar um olhar que ultrapassou a percepção e captou aquilo que afeta para além dos sentimentos, que parte para o nível das sensações, um olhar vibrátil. Ativou um radar capaz de rastrear o que possibilita a existência, de captar os diferentes estímulos do real para se conectar com o mundo do trabalho nos diferentes territórios em que se atua, tal qual um anfíbio voador. A comunidade de práticas que permitiu aprender, desaprender e reaprender, configurou-se como uma construção e desconstrução permanente, um movimento de saberes, possibilitando ampliar a expertise nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Gestão pedagógica, sensibilidade, conhecimento pertinente, empatia, humanização ética, problematização e inovação, são saberes que permearam as práticas e discussões de Educação Permanente em Saúde no contexto pesquisado. Ao desenvolver este relato de experiência enquanto participante desse processo formativo, que possibilitou descrever e registrar a experiência vivida, foi possível compreender as diferentes realidades da EPS nos diferentes territórios da episteme à prática.

Por meio de um olhar vibrátil, conceito o qual foi apresentado aos participantes do curso logo no primeiro encontro, foi possível aguçar os radares diante das subjetividades presentes nos discursos, constatando-se assim os saberes que foram apresentados. Os saberes que emergiram desta vivência poderão servir de inspiração e reflexão aos interessados em práticas de EPS pautadas em uma pedagogia significativa e problematizadora.

O conceito metafórico elaborado neste relato, denominado de “Miopia em EPS”, traz em seu cerne a falta de sensibilidade e de uma visão nítida (ao

longe e de aspectos macros) do gestor de processos de Educação Permanente em Saúde. Para tanto, cabe uma autoavaliação constante e atenta para o nosso olhar vibrátil, não nos deixando enveredarmos pelas fronteiras distorcidas da realidade que encontram na individualidade, passividade e permissividade, seu núcleo. Sejamos anfíbios voadores, com olhares vibráteis aguçados em uma prática de EPS qualitativa, viva e colaborativa que vá ao encontro das perspectivas dos profissionais de saúde, da população e principalmente dos princípios do SUS.

Os saberes que emergiram a partir da percepção dos autores quanto a prática vivenciada não se encerram no sétimo saber, pois eles abrem novas perspectivas e a cada leitura novos saberes surgem e emergem desses que foram listados, corroborando para o entendimento de que o conhecimento em EPS está em constante movimento e produção de saberes.

Referências

- Alves, R., Brasileiro, M. S. & Brito, S. (2004). Interdisciplinaridade: um conceito em construção. *Episteme* (19), pp. 139-148.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, E., Mori, E. & Bastos, S. (2006). *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bordenave, J. E. D. (1999). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU*, pp. 261-268. Natal: Editora da UFRN.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Saúde*. Documento Base. (4a ed.). Brasília: Ministério da Saúde (MS).
- Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2014). *Educação Permanente em Saúde*. Recuperado em 14 de outubro de 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2018). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Recuperado em 15 de outubro de 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
- Carnegie, D. (2014). *Como fazer amigos e influenciar pessoas*. Lisboa: Leya.
- Carneiro, L. A., Garcia, L. G., Barbosa, G. V. (2020). Uma revisão sobre aprendizagem colaborativa mediada por tecnologias. *Revista Desafios*, 7(2) pp. 52-62.
- Ceron, M. (2013). *Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: UNASUS/UNIFESP.
- Chiavenato, I., Sacristán, P. M. & Roa, M. D. C. E. H. (2011). *Administración de recursos humanos*. Espanha: McGraw-Hill Interamericana.

- D'Ambrosio, U. (1999). **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athenas.
- Dias-Trindade. (s.d). **Ecologias Digitais de Aprendizagem**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de https://www.researchgate.net/profile/Sara_Dias-Trindade/publication/340449391_Ecologias_Digitais_de_Aprendizagem_algumas_consideracoes/links/5e8a59b8a6fdcca789f7d989/Ecologias-Digitais-de-Aprendizagem-algumas-consideracoes.pdf.
- Deleuze, G. E. (2002). **Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta.
- Educação Permanente em Saúde em Movimento. (2014a). **Relação entre arte, saúde e educação**. Recuperado em 14 de outubro de 2015, de <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/relacao-entre-arte-saude-e-educacao>.
- Educação Permanente em Saúde em Movimento. (2014b). **Todo mundo faz Gestão**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao>.
- Educação Permanente em Saúde em movimento. (2014c). **Um mergulho no mundo do trabalho em saúde**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/um-mergulho-no-mundo-do-trabalho-em-saude>.
- Educação Permanente em Saúde em Movimento. (2014d). **Uma possibilidade de fazer diferente**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-possibilidade-de-fazer-diferente>.
- Educação Permanente em Saúde em Movimento. (2014e) **Meu gabinete virou uma central de marcação?!** Recuperado em 30 de abril de 2020, de: <http://eps.otics.org/material/entrada-cenas/cena-2013-201cmeu-gabinete-virou-uma-central-de-marcacao201d>.
- Educação Permanente em Saúde em Movimento. (2014f). **Aprendizagem como produção compartilhada de saberes**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de: <http://eps.otics.org/material/entrada-cenas/aprendizagem-como-producao-compartilhada-de-saberes>.
- EducaSaúde. (2015). **Nova série de encontros EPS em Movimento**. Porto Alegre: UFRGS. Recuperado em 15 de outubro de 2020, de: <https://www.ufrgs.br/educasaude/nova-serie-de-encontros-eps-em-movimento/>.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, 1(1), 23-32.
- Fernandes, F. R., Cardoso, T. A., Capaverde, L. Z. & Silva, H. D. F. N. (2016). Comunidades de prática: uma revisão bibliográfica sistemática sobre casos de aplicação organizacional. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento**, 5(1), 44-52.
- Ferreira, A. B. de H. (2010). **Pedagogia. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. rev. atual. Curitiba: Editora Positivo.
- Freire, P. (1981). **Pedagogia do Oprimido** (9a ed.). Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra.
- Freire, P. (2009). **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa** (9a ed.). Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra.
- Gannon-Leary, P. & Fontainha, E. (2007). Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors. **Barriers and Success Factors. eLearning Papers**, 5.
- Gaspar, M. V. (2007). **Comunidades virtuais de aprendizagem e identidades no ensino superior** (Cap. 01, pp. 111-124). Lisboa: Universidade Aberta.
- Gelbcke, F. L., Matos, E. & Sallum, N. C. (2012). Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, pp. 31-39. Recuperado em 30 de abril de 2020 de: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087>.
- Goldfeld, H. (2010). **Treinamento de habilidades sociais. A prática da empatia**. Recuperado em 10 de outubro de 2015 de: <https://psimais.com.br/artigos-postagens-dicas-psicologia-positiva/treinamento-de-habilidades-sociais-empatia/>.
- Lopes, C. G. (2010). **Competências profissionais do mundo moderno: liderança e as relações humanas** (Cap. 01, pp. 07-65). Indaial: Grupo Uniasselvi.
- Luz, M. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade** 18(2), pp. 304-311.
- Machado, N. J. (1995). **Epistemologia e Didática**. São Paulo: Cortez.
- Marconi, M. D. A. & Lakatos, e. M. (1999). Técnicas de pesquisa: planejamento, e execução de pesquisas. **Amostragens e técnicas de pesquisa. Elaboração, análise e interpretações de dados**, 4.
- Merhy, E. (2013). **Educação permanente em saúde em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. Porto Alegre.
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. (3a ed.). São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. D. S. (2002). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. (21a ed.). Rio de Janeiro, Editora Vozes.
- Ministério da Saúde (BR) (2005). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de: unidade de aprendizagem análise do contexto de gestão e das práticas de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, 2019. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Recuperado em 30 de abril de 2020 de: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). **Diretrizes para a implementação do Humaniza SUS**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Recuperado em 30 de abril de 2020, de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>.
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. (2011). **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Moraes-Pinto, N. M., Meirelles, C. A. B., Pinto-Porto, C., Moreira, T. & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(2), pp. 2133-2144.
- Moran, J. M., Masetto, M. T. & Behrens, M. A. (2010). **Novas tecnologias e mediação pedagógica** (6a ed.). Campinas: Papirus.
- Morin, E. (2000). **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO.
- Rios, I. C. (2009). **Caminhos da Humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Editora Áurea.

- Robbins, A. (1999). **O poder sem limites**. São Paulo: Moderna.
- Rolnik, S. (2002). **Corpo, afeto e linguagem**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Saviani, D. (2010). **Interlocuções pedagógicas: conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevistas sobre educação**. São Paulo: Autores Associados.
- Siegel, N. (2010). **Competências profissionais do mundo moderno: Liderança e as relações humanas**. Indaial: Grupo Uniasselvi.
- Silva, G. A. (2015). **Diário Cartográfico**. Recuperado em 10 de outubro de 2015, de <http://eps.otics.org/>.
- Silva, C. B. G. & Scherer, M. D. D. A. (2020). A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 24, e190840.
- Sobral, F. R. & Campos, C. J. G. (2012). Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1), 208-218.
- Souza, E. C. (2011). Platão, Wittgenstein e a Complexidade. **Revista Trans/Form/Ação**, 34(3).
- Torres, P. L. (2007). Laboratório on-line de aprendizagem: uma experiência de aprendizagem colaborativa por meio do ambiente virtual de aprendizagem Eurek@ Kids. **Cadernos CEDES**, 27(73), 335-352.
- Vendruscolo, C., Zocche, D. A. A. & Adamy, E. K. (2016). Educação Permanente em Movimento: relato de experiência no sul do Brasil. In **12º Congresso Internacional da Rede Unida**.

TRABALHO EM EQUIPE PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NA SAÚDE

Evelyn de Britto Dutra
Ana Sílvia Pavani Lemos
Francini Lube Guizardi

Introdução

No campo da saúde, a colaboração mostra-se como ação essencial para a formação profissional, bem como na própria prática nos serviços de saúde. No entanto, existe uma carência de estudos que explorem a prática colaborativa no trabalho, no sentido de discutir seu conceito e de como realizá-la. Ao mesmo tempo, nota-se um enfoque nas discussões sobre a colaboração no âmbito educacional, promovida pela Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Apesar de os dois termos estarem interligados, cada um é realizado em contextos diferentes, e a concretização de processos colaborativos no dia a dia do trabalho mostra-se como desafio que interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado ao usuário.

A colaboração tratada aqui baseia-se, de acordo com D'Amour et al, (2008), na premissa de que as pessoas desejam trabalhar em conjunto, a partir de objetivos maiores compartilhados, mas sem perder seus próprios interesses e certo grau de autonomia e independência. Assim, coloca-se um grande desafio para a efetivação do trabalho em equipe interprofissional: conciliar a crescente especialização das profissões de saúde e o reconhecimento da integração entre eles (Peduzzi et al., 2016). Nesse sentido, surge a ideia da cooperação; de que, mesmo com a divisão do trabalho, existe uma relação de dependência entre as ações profissionais, fundamentadas na confiança no outro (Santos et al, 2016). Ao mesmo passo, coloca-se a necessidade de coordenação dos trabalhos, assim, Fuks et al, (2011) propõem a operacionalização da colaboração por meio de três aspectos (Modelo 3C): comunicação, coordenação e cooperação.

Cada vez mais o mundo exige uma prestação eficaz de serviços de modo acessível, contínuo e abrangente, impulsionando novas formas de organização do trabalho em saúde. Como exemplo, D'Amour et al, (2008)

utilizam a colaboração como o método que garante um serviço integral no acompanhamento pós-natal e na prevenção de problemas, num período curto de internação nos partos em países ocidentais.

San Martín-Rodríguez et al, (2005) destacam que o processo de colaboração requer voluntariedade dos profissionais, engajamento, corresponsabilidade e negociação. A equipe que trabalha de forma colaborativa reorganiza seu trabalho de uma abordagem individual para uma abordagem coletiva, com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes em sua completude, garantindo um atendimento integral e holístico, com maior efetividade e qualidade na atenção à saúde. Existem evidências de que o trabalho em equipe e a prática colaborativa contribuem, por um lado, para o melhor acesso e qualidade da saúde e, por outro lado, para a satisfação dos profissionais de saúde (Peduzzi et al, 2020).

O trabalho em equipe se configura como um processo em que as ações são orientadas a um fim específico e comum, alcançado por meio da colaboração. A relação é marcada pela reciprocidade na comunicação e interação social, a qual pode assumir diferentes formas, conforme o nível de articulação das ações e da interação dos agentes (Peduzzi et al, 2020). As equipes potencializam os processos de trabalho, na medida em que permitem a interação e a troca de saberes e percepções diferentes em relação a um mesmo problema. Além disso, possibilitam a divisão das tarefas, reduzindo a carga de trabalho individual e compartilhando recursos (Peduzzi et al, 2016; Vivacqua & Garcia, 2011).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada como modelo prioritário de Atenção Primária à Saúde (APS), preconiza a organização do trabalho em saúde na modalidade de equipe com diferentes categorias profissionais, a fim de superar o modelo de saúde médico-centrado, fragmentado e especializado, ainda hegemônico nos serviços (Freire Filho, 2014). A ESF busca a articulação, autonomia, criatividade no fazer coletivo e responsabilidade no atendimento integral (Peduzzi & Agreli, 2018; Freire Filho, 2014).

Entretanto, a configuração de equipe agrupamento ainda predomina na prática dos serviços, em que cada integrante atua de forma individualizada, responsável por um pedaço do todo e com pouca integração com a equipe em si. A equipe multiprofissional¹² é um exemplo de equipe agrupamento, com pouca relação

¹² Existe uma variação de conceitos entre multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional e interprofissional. Os prefixos multi, inter e trans, nesta ordem, denotam um grau crescente de interação,

dialógica entre os integrantes, por isso diz-se que existe a necessidade de avançar para as equipes interprofissionais. Para que a equipe ultrapasse o status de agrupamento, como uma justaposição de indivíduos, e alcance a modalidade de equipe integração, a colaboração é fundamental, pautada na integração dos indivíduos.

A partir da noção de que a equipe integração representa uma nova forma de organizar os trabalhos e de que existe a necessidade de um melhor entendimento dos processos colaborativos envolvidos e das ferramentas que promovem essa integração entre os profissionais, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as experiências de trabalho em equipe apresentadas na comunidade de práticas do Ministério da Saúde. Assim, a compreensão de como a prática colaborativa tem se concretizado nas experiências em saúde será elucidada com base nas dimensões do Modelo 3C (comunicação, cooperação e coordenação) de colaboração.

Inicialmente, o capítulo abordou os conceitos do Modelo 3C, do trabalho em equipe, da colaboração interprofissional e da prática colaborativa e o método do estudo. Em seguida, os relatos foram caracterizados e analisados conforme as dimensões do Modelo 3C. Por fim, há uma discussão em torno dos relatos para a compreensão do trabalho em equipe no contexto da prática colaborativa. Espera-se que este estudo contribua para o debate sobre a realização da prática colaborativa no ambiente de trabalho na atenção básica em saúde, no alcance de equipe integração.

Referencial Teórico

As abordagens teóricas do estudo são fundamentadas em duas correntes diferentes de conhecimento: ciências da computação e saúde coletiva. As discussões sobre o processo de trabalho pautam-se na saúde coletiva, com definições de equipe apresentadas por autores de referência, como Marina Peduzzi. A concepção de equipes de trabalho em saúde parte do princípio de garantir a integralidade, envolvendo além dos profissionais de saúde, os usuários e as famílias na construção de objetivos comuns para o cuidado. Já a classificação das dimensões da colaboração baseou-se no sistema utilizado nas ciências da computação com interface nas ciências sociais (Modelo 3C), propondo uma primeira aplicação do modelo no contexto da saúde coletiva, para analisar as enquanto o termo seguinte se refere a área de integração, sendo disciplinar ou profissional (Peduzzi et al. 2020).

estratégias e ferramentas e evidenciar possíveis caminhos de práticas colaborativas na execução das atividades no trabalho em equipe.

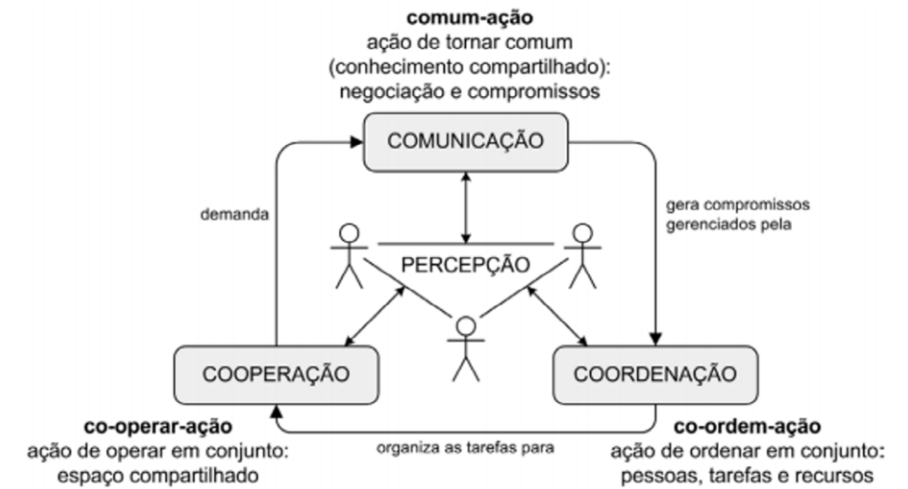
O Modelo 3C nasceu no âmbito de sistemas colaborativos, que criam um novo meio de comunicação e interação humana em ciberespaços¹³. Essa forma de interação ancora-se na inteligência coletiva, de caráter distribuído, que parte do reconhecimento e do enriquecimento mútuo para potencializar o processo de colaboração. O presente estudo utilizou o referido modelo para compreender como ocorre a operacionalização da colaboração nas práticas de serviços de saúde, a fim de superar a formação de equipe agrupamento. A extrapolação do Modelo 3C para o trabalho coletivo na saúde é uma proposta nova, pois as aplicações desse modelo foram encontradas somente em contexto de desenvolvimento de *groupware* para computadores em rede.

Para compreender a colaboração, Fuks et al, (2011) elaboraram uma representação lógica através do Modelo 3C. A origem desse modelo se deu em 1991, desenvolvida por Clarence Ellis, Simon Gibbs e Gail Rein no artigo “*Groupware: some issues and experiences*”, a partir do estudo do uso da tecnologia para apoiar o trabalho em grupo. O Modelo 3C destaca três dimensões essenciais da colaboração: 1°C de Comunicação, que significa o processo de **troca** de informação entre participantes, exercendo a negociação e a argumentação; 2°C de Coordenação, que representa o processo de **gerenciamento** de pessoas, atividades e recursos; e 3°C de Cooperação, que se refere ao processo de **produção** em um espaço compartilhado, de atuação conjunta de pessoas.

As palavras destacadas em negrito reforçam os aspectos relevantes no campo da colaboração, uma vez que existe uma relação orgânica entre as dimensões, conforme figura 1. A produção é o resultado das atividades de gerenciamento, que são permeados por troca e intercâmbio entre os sujeitos. Entretanto, essas interações são dinâmicas, afetadas por situações imprevistas, que exigem a renegociação (comunicação) que, por sua vez, demanda a reorganização das atividades (coordenação).

13 Definido como um espaço de comunicação aberto entre computadores, com a função de permitir “acesso a distância aos diversos recursos de um computador” (Levy, 1999, p.93).

Figura 1. Modelo 3C de Colaboração



Fonte: Fuks et al, (2011).

A mudança que o pensamento colaborativo e o trabalho conjunto promoveram tem sido discutido por diversos autores. Para Brna (1998), existem diferentes noções de colaboração que precisam ser trabalhadas de forma contextualizada quanto a divisão de trabalho, se a tarefa é dividida entre os participantes ou se existe um esforço sincrônico da resolução de um problema; quanto ao estado colaborativo, se a colaboração é compreendida como um estado ou como um processo; quanto ao propósito da colaboração, se a colaboração é um meio de aprender ou se é o fim em si; e quanto às obrigações, se os participantes aderiram ao contrato de obrigações implícitas nas relações ou não.

Novas formas de organização dos cuidados em saúde com base em práticas colaborativas podem ser estimuladas para que o serviço seja mais eficaz, o que inclui diferentes grupos profissionais (disciplinas), como também entre os diferentes níveis de atenção, primária, secundária e terciária (D'Amour et al, 2008). Segundo Morgan, Pullon e McKinlay (2015), existem evidências de que a colaboração interprofissional, principalmente em contextos de atenção primária, pode beneficiar os seguintes resultados: satisfação do paciente, satisfação no trabalho, processo de recrutamento e retenção de pessoal e segurança do paciente.

Esclarecendo o significado dos termos utilizados, ressalta-se a importância de compreender a diferenciação de trabalho em equipe, prática interprofissional e colaboração interprofissional, pois estes perpassam os mesmos fundamentos de interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade. A diferença é o escopo de atuação em rede. Enquanto o primeiro não prevê o desempenho em toda rede de atenção à saúde, o segundo remete ao exercício efetivo da comunicação, articulação e colaboração entre diversos serviços e equipes da rede (Peduzzi et al, 2016). Diz-se, assim, que o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional. Já a colaboração interprofissional representa o conceito guarda-chuva para os outros dois, reconhecida como a interação entre os profissionais de diferentes áreas, que dialogam e cooperam para prover serviços, a partir da consideração de posições distintas em relação a um mesmo problema complexo (Peduzzi et al, 2016; Morgan, Pullon & Mckinlay, 2015,).

O termo trabalho em equipe denota um nível mais profundo de trabalho, considerando equipes integradas e efetivas de um específico serviço. Quando extrapolado para a prática interprofissional, além de equipes de um mesmo serviço, também refere a colaboração com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores. As duas perspectivas descritas estão inseridas no campo da colaboração interprofissional, nível mais amplo, que representa relações entre profissionais que desejam trabalhar juntos, porém mantêm seus próprios interesses, autonomia e independência (D'Amour et al, 2008).

A interprofissionalidade implica nas relações diferentes daquelas obtidas entre pessoas da mesma categoria ou grupo profissional. Refere-se às interações de diferentes disciplinas dentro de uma mesma equipe ou à relação de distintos grupos profissionais, como administração, enfermagem, medicina, serviço social, entre outros. Isto é, o trabalho de indivíduos que possuem culturas profissionais distintas, mas que estão trabalhando para uma meta específica e bem focada (Bigg, 1997).

Peduzzi et al, (2020) esclarecem que existe um consenso entre as diferentes classificações realizadas sobre o trabalho interprofissional, que estabelece níveis de colaboração baseado no grau de articulação das ações e de interação dos agentes (equipe integração). A articulação das ações se refere ao reconhecimento de sua interdependência. Já a interação dos agentes relaciona-se com o nível de compartilhamento de valores, objetivos e identidade entre os profissionais. O

outro tipo de equipe definido por Peduzzi (2001) como equipe agrupamento não se identifica com o trabalho interprofissional, pois se caracteriza pela justaposição das ações e agrupamento dos agentes.

Embora o termo “prática colaborativa” seja relativamente novo no contexto da saúde brasileira, existem grupos em âmbito mundial que se dedicam ao estudo desse campo, consolidado por meio do relatório da OMS intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”. Ele fornece ideias de estratégias para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde através da implementação da prática colaborativa (OMS, 2010). A publicação ainda traz a definição de prática colaborativa como “profissionais de saúde de diferentes áreas que 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” (p. 13).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) estimula a integração dos profissionais desde a graduação, como forma de incentivar a colaboração no trabalho em saúde. Nesse sentido, estudos científicos e políticas nacionais e internacionais têm preconizado a EIP com ênfase no trabalho em equipe, indicando que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos serviços em saúde. Inicialmente esse tema foi explorado pelo “Centro para o Avanço da Educação Interprofissional” (CAIPE) no Reino Unido, definindo como “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem umas com as outras para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento” (Barr, 2002, p. 6).

Laal et al, (2013) relata os benefícios do aprendizado em colaboração, em relação ao individual, posto que o aprendiz precisa ouvir diferentes perspectivas para articular e defender suas ideias, criando as suas próprias convicções. Os benefícios se desdobram em melhores resultados e maior produtividade, relações mais cuidadosas, solidárias e comprometidas e maior saúde psicológica, competência social e autoestima.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados são secundários, uma vez que se trata de

relatos de experiências publicados em sítios eletrônicos. Os relatos de experiências foram disponibilizados na Comunidade de Práticas da Atenção Básica (CdP/AB), apresentando-se como campo de busca sobre o entendimento do trabalho em equipe interdisciplinar favorável a construção da prática colaborativa.

Para tanto, destaca-se a Comunidade de Práticas (CdP) como um ambiente colaborativo bastante positivo ao que se refere a disponibilização de experiências. Neste ambiente, a participação é livre, uma vez que os profissionais de saúde se unem para trocar informações de acordo com seus interesses e tempo disponível. Conforme Vivacqua e Garcia (2011), “as comunidades de práticas são centrais para o aprendizado e a disseminação de conhecimento dentro de organizações, já que criam um cenário favorável para a troca de lições aprendidas”. A partir dos relatos compartilhados nesse espaço, existiu a aproximação com narrativas de como esta prática é percebida pelos profissionais no cotidiano de trabalho nos serviços de saúde do SUS.

A Comunidade de Práticas da Atenção Básica foi uma plataforma virtual desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2013 e no momento encontra-se desativada (novo.atencaobasica.org.br). A finalidade da CdP/AB era de reunir trabalhadores e gestores da saúde para trocar informações e compartilhar experiências. O ambiente colaborativo de aprendizagem promoveu a comunicação multidirecional (assíncrona, por meio de relatos de experiências, comunidades, e síncrona, através de fóruns de discussão).

O espaço virtual se destinou a divulgação do conhecimento sobre o trabalho em saúde pela organização de diversos espaços: a) relatos de experiência, principal ferramenta utilizada; b) comunidades, criadas pelos participantes sobre determinado tema; c) cursos gratuitos online. A aposta do espaço virtual é superar as barreiras da distância e isolamento a fim de potencializar encontros entre as pessoas que constroem o cotidiano da Atenção Básica nos variados contextos presentes em um país tão múltiplo e plural como o Brasil.

Para a seleção das experiências na CdP/AB, foram utilizadas as palavras-chave “trabalho em equipe” na ferramenta de busca disponível no site, resultando um conjunto de 483 relatos dentro de um universo de 7.820 disponíveis na plataforma até o dia 22 de agosto de 2017. Após uma leitura flutuante, os relatos que não apresentaram a descrição e o aprendizado com a experiência foram excluídos. Obteve-se então uma seleção de 141 relatos para análise em

profundidade identificados com a letra R seguida do número de ordem de leitura, por exemplo, o primeiro relato analisado é citado como R1, conforme apêndice.

A análise dos relatos da CdP foi direcionada para uma descrição geral e quantitativa das experiências, com dados sobre os autores (sexo, profissão e região) e os relatos (categoria e âmbito). E para uma análise de conteúdo, buscando os assuntos principais de cada relato, com a identificação das dimensões do Modelo 3C de Colaboração relacionados à modalidade de equipe integração.

Resultados e discussão

Aspectos gerais dos relatos

A análise do perfil dos autores dos relatos revelou a predominância do sexo feminino (82%) e do núcleo profissional de enfermagem (28%), seguidos das profissões de odontologia (9%), fisioterapia (8%) e medicina (8%). Houve uma grande quantidade de autores que não declaram a profissão (21%). Quanto ao local da experiência, houve maior prevalência de relatos da região nordeste (33%), seguidas das regiões sudeste e sul. Estes dados estão dispostos na tabela 01.

Tabela 1. Frequência dos relatos em relação às variáveis de sexo, profissão, localidade, âmbito e tema central.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
Sexo do autor	
Feminino	82%
Masculino	18%
Profissão do autor	
Enfermagem	28%
Odontologia	9%
Fisioterapia	8%
Medicina	8%
Psicologia	6%
Saúde Coletiva	4%
Nutrição	2%
Terapia Ocupacional	2%
Nenhuma	21%

Outras	12%
Região do autor	
Nordeste	33%
Sudeste	25%
Sul	16%
Norte	16%
Centro-Oeste	10%
Categoria do relato	
Gestão do Trabalho, Formação e Educação Permanente em Saúde	57%
Intersetorialidade e Promoção da Saúde	12%
Humanização no Sistema Único de Saúde	7%
Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado	8%
Práticas de Vigilância em Saúde	6%
Equidade e Populações específicas	4%
Monitoramento, Avaliação e Auditoria	2%
Tecnologias de Informação na Saúde e Cibercultura	1%
Apoio Matricial	1%
Controle Social e Participação Popular	1%
Nenhum	2%
Âmbito do relato	
Local	37%
Municipal	43%
Nacional	13%
Estadual	4%
Nenhum	3%

Fonte: elaboração própria.

O perfil encontrado está em consonância com a literatura científica, que aponta a predominância do sexo feminino e da profissão de enfermagem nos serviços de saúde. Ademais, demonstra-se uma maior predisposição das enfermeiras em compartilhar relatos sobre o trabalho em equipe, o que pode refletir a frequente ocupação de postos de coordenação de equipe. Não obstante, em outros estudos sobre prática interprofissional colaborativa e educação interprofissional, a enfermagem foi mais citada, enfatizando o seu papel central na articulação em relação às demais profissões (Souza, 2016).

Em relação ao perfil dos relatos, mostram-se com maior frequência experiências do âmbito local e municipal (80%) e categorizados na temática de Gestão do Trabalho, Formação e Educação Permanente em Saúde (55%). As duas variáveis são indicadas pelo próprio autor do relato no momento de inserção da experiência e apontam que os relatos selecionados tratam da temática central do estudo relacionada à gestão do trabalho, vivenciadas por profissionais que se encontram mais próximos a população.

A partir da leitura integral dos relatos, os principais assuntos abordados foram Educação Interprofissional (45%), com predomínio do PET/GraduaSUS, Educação Permanente em Saúde (25%) e Educação em Saúde (11%), apresentados com os itens presentes em cada assunto, conforme tabela 2.

Tabela 2. Frequência dos principais assuntos abordados nos relatos.

ASSUNTOS	N	%
Educação Interprofissional	63	45
PET/GraduaSUS	54	86
Graduação	5	8
Residência Multiprofissional	4	6
Educação Permanente em Saúde	35	25
Reflexão sobre Processo de Trabalho	16	46
Capacitação	9	26
Tecnologia	4	11
Protocolos	3	9
Integração dos Profissionais	2	6
Humanização	1	3
Educação em Saúde (popular)	15	11
Ciclos de Vida	5	33
Hábitos Saudáveis	3	20
Gestantes	2	13
Obesidade	2	13
Diabéticos	1	7
Sala de Espera	1	7
Vacinação	1	7

Combate ao Aedes	9	6
Participação Social	4	3
Apoio Institucional	3	2
NASF	3	2
Busca Ativa	2	1
Cooperação Horizontal	2	1
Rede de Atenção	2	1
Avaliação de Programa	1	1
Indicadores de Saúde	1	1
Integração Ensino e Serviço	1	1

No geral, os relatos apresentaram diferentes contextos, assuntos, níveis de gestão e cenários de atuação. Apesar de a comunidade dispor preferencialmente de relatos da atenção básica, diversas experiências foram de outros pontos da rede, como hospitais. No tocante à formação e à educação permanente em saúde, historicamente há um predomínio do modelo uniprofissional e fragmentado em disciplinas. Este aspecto influencia na dificuldade de trabalhar de forma colaborativa, por isso diversas iniciativas de EIP têm sido implementadas em âmbito internacional e nacional (OMS, 2010).

Como exemplos de iniciativas com potencial para EIP no Brasil, podem ser citados as ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *lato sensu*, por exemplo, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), bacharelados interdisciplinares em saúde, os cursos de graduação em saúde coletiva e as residências multiprofissionais. Experiências nestes cenários de atuação foram os mais frequentes dentre os relatos analisados, que descrevem a importância da integração ensino-serviço-comunidade proporcionando uma formação diferenciada, com aprendizado crítico-reflexivo pautado no trabalho em equipe multidisciplinar (R27).

Grande parte dos relatos (45%) discorrem sobre o processo de aprendizado vivenciado pelos estudantes e equipes ou profissionais envolvidos nas experiências dos programas acima descritos. Esta modalidade de formação contribui para o fortalecimento da equipe integração, bem como da prática colaborativa, por

meio do reconhecimento dos papéis profissionais e da integração no processo de trabalho em saúde (Peduzzi et al, 2016). Conforme a exposição de um dos relatos:

O desenvolvimento de discussões partilhadas entre o grupo geral contribuiu para o fortalecimento das relações interpessoais e a construção do trabalho em equipe. Observou-se a necessidade de romper com o modelo tradicional de aprendizagem, inserindo o aluno como protagonista do processo de construção do conhecimento, instigando-o na elaboração de métodos de acordo com seu estilo de aprendizado. Para os alunos, o projeto tem proporcionado troca de experiências com os preceptores, sendo uma oportunidade de conhecimento prático que não é possível em uma graduação tradicional. Tutores e preceptores não são coadjuvantes, mas sim atores importantes no processo de construção, intermediando o elo de ensino entre a prática e a teoria (R53).

Em especial, a residência constitui uma proposta com grande potencial para o desenvolvimento da interprofissionalidade. Começa com a integração de profissionais de diferentes áreas e com diferentes experiências que juntos se dispõem a modificar as práticas de saúde visando a resolutividade dos serviços. A presença da residência impacta o território e o serviço, trazendo reflexões acerca dos processos de trabalho, a importância do planejamento, o incentivo a ações intersetoriais com escolas, por exemplo, ampliando a abordagem da saúde para um campo intersetorial (Brasil, 2006).

O trabalho interdisciplinar vivenciado na residência é discutido por Nascimento e Oliveira (2010) como uma forma de enfrentar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de uma comunidade. Ainda segundo os autores, exige do profissional competências para reconhecer e valorizar os saberes existentes na equipe, estar aberto a trocas de conhecimentos e de experiências com os outros profissionais, como também para exercer uma liderança sem autoritarismo. Dessa forma, a residência é capaz de promover mudanças da prática de cuidado, refletindo num novo modelo de trabalho.

Nas experiências analisadas apareceu um relato que expressa a contribuição da residência multiprofissional como promotora de qualidade da prática refletindo em benefícios para o residente, o serviço e a comunidade:

Na atuação como residentes, o evento propiciou maior vínculo com a população, troca de saberes, transferência tecnológica entre as profissões, fortalecimento do trabalho em equipe, corresponsabilização no cuidado, conhecimentos acerca da HA e estratégias complementares de cuidado. Em especial, ampliou a percepção dos profissionais sobre a potência do trabalho compartilhado, o qual se reveste de benefícios imensuráveis na formação profissional e na qualidade dos serviços prestados à população, enfatizando a humanização como fundamento do processo de trabalho. Para os usuários, observou-se o interesse pelas mudanças de estilo de vida e o contato com formas alternativas de cuidado para além do uso de medicamentos, fortalecendo a autonomia e proatividade com relação a sua saúde (R55).

Mas, e se o profissional não passou por esta modalidade de formação e precisa atuar de forma colaborativa no trabalho em saúde? As habilidades colaborativas devem ser estimuladas e reafirmadas como um componente importante para alcançar os resultados esperados. A Educação Permanente em Saúde (EPS), busca a mudança de práticas dos profissionais por meio da possibilidade de revisitar suas ações e refleti-las, segundo o relato R9 que retrata a experiência da EPS no trabalho em equipe de uma unidade de saúde da família. Pode ser o caminho para efetivar a interprofissionalidade em ato.

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), EPS refere-se ao aprendizado no trabalho, na medida em que se baseia nos conhecimentos e experiências que as pessoas já possuem, estimulando a problematização do processo de trabalho para enfrentar os problemas na realidade (Brasil, 2009). Um dos relatos (R9) contou sobre a EPS com foco inicial nos Agentes Comunitários em Saúde promovendo o empoderamento na discussão sobre determinados temas de saúde com a comunidade e qualificação das visitas domiciliares.

Outro relato (R51) descreveu ações educativas para que o profissional tenha maior facilidade e autonomia no acesso à rede de atenção psicossocial, com intuito de enfrentar os problemas no âmbito da saúde mental. Ainda neste relato, o autor enfatiza a EPS como um fator motivador dos participantes, que têm se esforçado para aprender a relevância do envolvimento dos membros da equipe e da construção coletiva dos conhecimentos.

Também houve a descrição de processos de trabalho em equipe com narrativas de mudanças do agir em saúde a partir de uma nova organização, o que permitiu uma

amplitude de saberes e diversidade de práticas (Gomes, 2009). Os contextos em que as equipes estão inseridas são contínuos e dinâmicos, as três dimensões caminham juntas num processo de interdependência, em situações de imprevistos, a cooperação demanda comunicação, que por sua vez, demanda coordenação para reorganizar tarefas. Portanto, discute-se, a seguir, os elementos encontrados nos relatos de experiência que direcionam suas práticas para a consolidação da equipe integração, algumas com maior abordagem em uma das dimensões do que outras.

1º C: Comunicação e processos de colaboração na equipe

A comunicação é um processo de troca de informação intrínseca a qualquer grupo, consistindo num elemento base, que pode ser estabelecido de diferentes maneiras. Para promover uma comunicação propícia à colaboração, revela-se importante a elaboração de uma linguagem comum da equipe, compartilhando o conhecimento e as opiniões, o que pode ser chamado de senso comum da equipe (Vivacqua & Garcia, 2011). Conforme Loiola (2015), a comunicação representa uma habilidade indispensável aos profissionais de saúde, com o intuito de concretizar a colaboração.

O relato sobre apoio institucional e o trabalho em equipe (R1) apontou, como um meio de comunicação entre a equipe, além da reunião semanal para o compartilhamento de experiências, demandas, inquietações e propostas, um encontro diário de 30 minutos, no início ou no fim da manhã, com objetivo de repassar as informações e pendências, como também de definição das tarefas do dia.

Outras ferramentas utilizadas foram a elaboração de instrumentos de informação e de auxílio para as atividades rotineiras, como roteiros, diário de campo para visitas, kit gestor (legislações pertinentes aos programas), dentre outros de fácil acesso aos integrantes para consultas periódicas (R8). Também foi relatado o uso da ferramenta de gestão *Kanban* por um ambulatório de fisioterapia para acompanhar as etapas de trabalho (R60). A ferramenta é uma forma de demonstrar visualmente o andamento (*status*) dos fluxos de produção de uma organização, geralmente associado ao uso de cartões e cores.

Na formação de uma equipe é comum o destaque de um indivíduo que assume a iniciativa e as responsabilidades pelas atividades propostas, exercendo

certa liderança. Contudo, a equipe não pode cair na armadilha de constituição passiva, isto é, um membro isoladamente analisa o problema e apresenta solução aos demais como forma de validação. A comunicação no trabalho em equipe prevê primordialmente a discussão das diferentes ideias e percepções dos membros no momento da construção, para que haja o ajustamento das opiniões, isto que os torna uma equipe integração.

Um exemplo de atividade importante no processo de trabalho da ESF é a criação do fluxograma de atendimento (R104). O processo de criação do fluxo representa um momento de reflexão dos percursos do usuário, da oferta de serviços, dos conflitos e das lacunas existentes, que podem ser revistos com a organização e a comunicação da equipe.

A forma de comunicar proposta no modelo de uma equipe integração é fundamentada no agir-comunicativo de Habermas, ocasionado “quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e consequências esperadas” (Habermas, 1989, p.165). De certa forma, representa um agir orientado para o entendimento mútuo da equipe, não há imposição ou manipulação entre as partes, mas sim um consentimento, em que a finalidade é o processo de mediação, interação entre os profissionais e não somente o resultado. Os benefícios desse processo foram destacados no seguinte relato (R1): *“É preciso também realçar os benefícios gerados pela prática de momentos de diálogo na equipe, pois esta se constitui um importante dispositivo para estruturação, organização, alinhamento, delineamento do trabalho, educação permanente e tomada de decisões”*.

2º C: Coordenação

A definição de coordenação adotada aqui se refere ao processo de organização de esforços, a partir da realização das atividades da equipe, que são interdependentes e articuladas. Cada área de conhecimento parte de uma especialização do saber e produz técnicas específicas daquele campo. O trabalho em equipe não pressupõe abolir essas especificidades, a contribuição de cada pessoa com o seu saber/técnica mostra um potencial que aprimora o desempenho grupal.

Uma vez respeitada as diferenças técnicas, a divisão do trabalho define papéis e permite uma coordenação orquestrada, que segundo Vivacqua e Garcia (2011), “as atividades individuais precisam ser fortemente coordenadas, pois somente um esforço conjunto sincronizado leva à solução do problema” (p. 42). Ressaltado por Laal et al, (2013), o indivíduo opta por uma das três formas de atuação, trabalha-se individualmente em direção a um objetivo não relacionado à meta dos outros, trabalha-se contra os outros em direção a objetivos diferentes ou trabalha-se com os outros em direção a um objetivo comum.

No contexto da saúde, há uma percepção de superioridade entre profissões, marcada pelos valores e normas sociais atribuídos ao modelo biomédico. A desigualdade nas relações é um fator que enfraquece a colaboração, e pode prejudicar o trabalho coletivo, na medida em que, segundo Peduzzi et al, (2016), quanto menor a assimetria de subordinação maior a integração na equipe. Por outro lado, existem domínios comuns, atribuídos a todas as profissões da saúde nos diferentes enfoques, como, acolhimento, grupos educativos, vigilância, entre outros. Portanto, a conformação da equipe deve ser flexível, levando em conta a especialização dos saberes, sem perder a atuação nos conhecimentos comuns. A equipe integração concilia a dualidade entre estas atividades de acordo com as competências dos participantes e contexto do serviço.

Um dos instrumentos de coordenação utilizados (R1) foi uma planilha mensal de divisão de tarefas por semana, com a lista de atividades e escala de profissionais. Então, a cada semana, um membro é responsável por desenvolver uma tarefa, por exemplo, atender demanda espontânea, responder e-mail e atualizar a agenda. Outro caso apresentado, é a utilização de protocolos para organizar a agenda de atendimentos de acordo com as competências dos profissionais (R104).

Dessa forma, a coordenação em prol da colaboração dialoga com o conceito de campo e núcleo de competências. Campo é caracterizado pela intersecção de áreas de uma especialidade-raiz, isto é, refere-se ao conhecimento, habilidades e atitudes comuns e compartilhados pelas profissões da saúde. Já o núcleo diz respeito às atribuições de determinada especialidade, mostrando a sua relevância, como uma área específica de atuação no cuidado em saúde (Campos et al, 1997). Os programas de EIP como Residência Multiprofissional, PET/GraduaSUS, entre outros, têm suas ações baseadas nestes conceitos.

3º C: Cooperação

A cooperação corresponde a sincronia na utilização dos recursos para a produção do cuidado. Para isso, é necessário um espaço compartilhado, que pode ser físico ou virtual, mas que garanta o compartilhamento das tarefas a serem realizadas (Vivacqua & Garcia, 2011). Dois dispositivos são apontados por Peduzzi et al, (2016) como facilitadores na organização da produção dos serviços, como a reunião e a supervisão de equipe.

A reunião de equipe representa um recurso não computacional, simples de ser realizado, que geralmente utiliza de outros recursos, como registros das reuniões anteriores, prontuários, entre outros. É um momento de diálogo entre os membros de uma equipe, considerado, por unanimidade, uma estratégia de estreitamento de suas relações para o melhor desempenho e planejamento, conforme pesquisa realizada por Peruzzo et al, (2018). O uso das reuniões de equipe para discussão de casos e construção coletiva das agendas garante maior fluidez, de modo que, na falta de um membro, os outros possam dar seguimento aquela ação (R1). Nessa experiência a agenda é compartilhada na internet para que todos tenham acesso, mesmo quando não estão no local de serviço. Peduzzi et al, (2016) indica o estabelecimento de uma rotina de reuniões no cronograma de organização do trabalho com frequência, duração e local definido, já que a manutenção da integração e da colaboração deve ser considerada um investimento permanente e necessário. Entretanto, a equipe não pode cair na armadilha do mero cumprimento de uma formalidade, esvaziada de sentido. Os membros precisam assegurar as reuniões de equipe como um espaço de construção do trabalho colaborativo.

Apesar de a supervisão de equipe estar mais ligada à dimensão da coordenação, ela também é primordial na cooperação. Ao contrário do que muitos pensam, a supervisão na equipe integração não é realizada por alguém detentor do saber, mas pelo trabalho conjunto da própria equipe ou com apoio de um agente externo. “Trata-se de um recurso que auxilia a equipe a perceber, de um lado, seu modo de sentir, pensar e agir e, de outro, a monitorar de forma compartilhada a articulação das ações dos diferentes profissionais para assegurar que a finalidade e os objetivos propostos sejam alcançados” (Peduzzi et al, 2016, p.4).

Outra forma de promover a cooperação é através da autonomia técnica do conjunto dos integrantes, que ocorre quando os profissionais estão no mesmo local,

porém de forma assíncrona (em tempos diferentes). Isso é muito comum na Atenção Primária, em que cada profissional trabalha separadamente em seu espaço de atuação, seja consultório, acolhimento ou visita domiciliar. Nesse sentido, por mais que existam momentos diferentes, aquele profissional faz parte de uma equipe, que compartilha objetivos maiores, tornando a autonomia profissional interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outros integrantes, uma vez que existe a complementaridade dos trabalhos especializados (Peduzzi et al, 2016).

Alguns relatos abordaram projetos de cooperação horizontal, que significa a troca de experiências entre equipes por meio da observação e comparação dos métodos de trabalho (R4). Também foi evidenciado o potencial da tecnologia na promoção do processo colaborativo nas equipes, com a utilização de planilhas eletrônicas para controlar os focos do mosquito *Aedes* pelos agentes de endemias (R96). Isso despertou a importância do registro das atividades e informações coletadas a fim de monitorar e avaliar as ações em saúde: “*a partir disto, demos uma correta utilização dos inúmeros dados que diariamente coletamos. Seja no processo de transmissão de conhecimento, como também, em nossa auto avaliação*”.

O quadro 1 sintetiza as principais estratégias relatadas nas experiências para promover uma melhor organização do trabalho no sentido de alcançar uma integração no trabalho em equipe.

Quadro 1. Principais estratégias descritas nos relatos da CdP para melhorar os 3C e promover a equipe integração.

Estratégias	Descrição
Agenda compartilhada na internet:	Disponibilização da agenda em meio eletrônico para acesso de todos, garantindo o prosseguimento das ações.
Capacitações:	Ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios.
Cooperação Horizontal*:	Troca de experiências entre equipes de diferentes regiões por meio da observação e comparação dos métodos de trabalho.

Encontro diário de 30 minutos:	Repasse de informações e pendências, como também definição das tarefas do dia.
Equipe de Apoio Institucional:	Formação de uma equipe de nível estadual/federal para apoiar os processos de trabalho das equipes saúde da família.
Fluxograma:	Diagrama para representação dos fluxos de atendimento.
Kanban:	Cartão de sinalização que controla os fluxos de atendimento e acompanhamento.
Planilha eletrônica:	Ferramenta de gestão do trabalho para o registro e controle de informações.
Planilha mensal de divisão de tarefas:	Elenco de atividades cotidianas e escala de profissionais para dividi-las, assim, cada semana um membro é responsável em desenvolver cada tarefa.
Protocolos:	Orientações para padronizar condutas e estabelecer critérios e normas na atenção ao usuário.

* Estratégia do Ministério da Saúde

Afinal o que é necessário para se alcançar a Prática Colaborativa?

Para existir a prática colaborativa na Atenção Primária depende-se do conceito trabalhado pela OMS (2010) que existem três elementos essenciais: a prática interprofissional, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o cuidado centrado no usuário, destacadas em lilás na figura 2. A prática interprofissional se traduz na configuração das equipes de Saúde da Família, partindo das características discutidas sobre o trabalho colaborativo. Nesse contexto, um dispositivo capaz de ampliar as ações interprofissionais é o NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), a retaguarda especializada, que realiza o apoio matricial, as ações de educação permanente, e os atendimentos individuais e/ou compartilhados.

Apenas três relatos analisados (2%) se referiram à atuação do núcleo (tabela 2) e enfatizaram a integração do sistema educacional com o de saúde através do Programa Saúde na Escola (PSE): *“Não podemos pensar e falar em saúde somente dentro de um espaço específico como a Unidade Básica de Saúde,*

é necessário expandir fronteiras e ultrapassar limites em nossos esforços de fazer a saúde ser não só um direito, mas também, de fato, um dever de todos” (R37). Observa-se, conforme Aguiar (2013), que a complementariedade do trabalho do NASF potencializa a clínica através da prática comunicativa e dos saberes de outros profissionais em direção à integração.

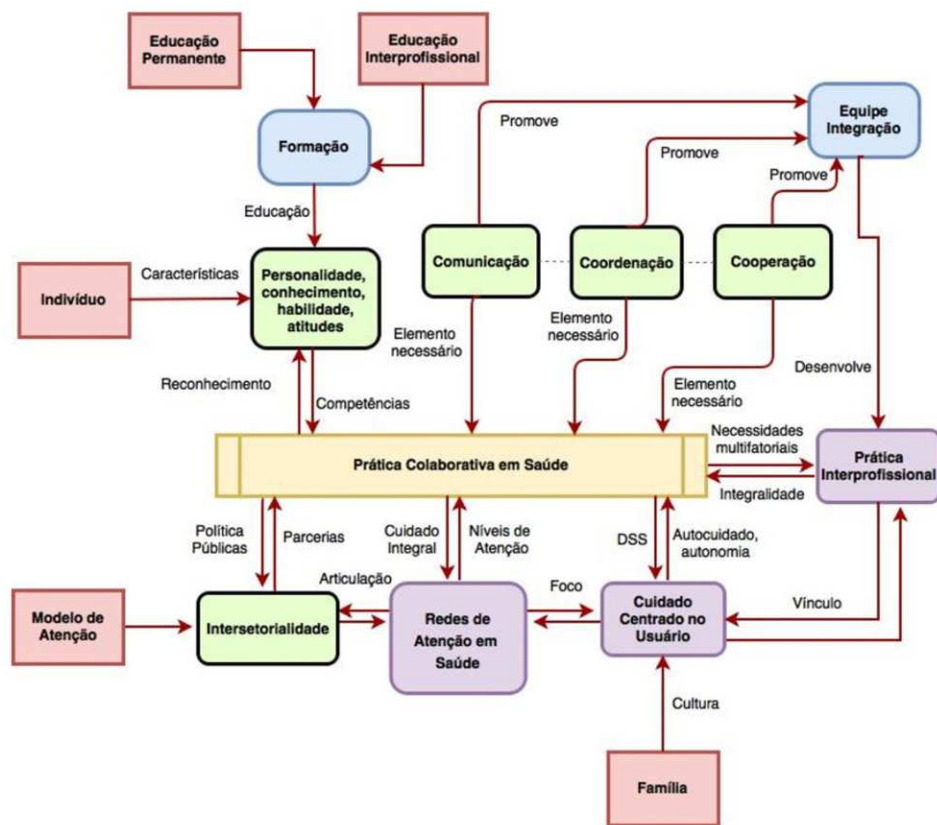
Mesmo que haja a interprofissionalidade na equipe, a prática colaborativa não se restringe ao trabalho de uma única equipe, ela prevê a articulação entre equipes de diferentes serviços de saúde na rede de atenção (Silva, 2014). Para existir essa articulação, o sistema deve ser composto por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas dispostos numa rede horizontal de atenção à saúde, em que os serviços de menor densidade tecnológica, como os de Atenção Primária, devem ser dispersos. Ao contrário, os de maior densidade tecnológica, como hospitais, tendem a ser concentrados. Assim, a organização destes pontos de serviços de saúde precisa ser vinculada entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente com o intuito de oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária (Mendes, 2011).

Existem diversos formatos de redes, que podem ser estruturadas por linhas de cuidado. A organização de uma Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Paraná melhorou a segurança e a qualidade do serviço por meio do estabelecimento de referência e contra referência aos usuários (R57). Outro relato discorreu sobre um instrumento chamado redograma que identifica a rede social por meio de classificação da intensidade do diálogo e presença dos parceiros na unidade (R76). *“Assim, a RAS, na prática, vai além das estruturas e parcerias preconizadas pelos modelos de gestão, sendo dinâmica, viva e, principalmente, humana, o que não é retratado pelos mapas institucionais”*. Muitas vezes a existência de um equipamento social no território não garante a articulação em rede com as equipes de saúde, sendo necessário o estímulo contínuo na consolidação da rede com o estabelecimento de vínculos e conexões entre as partes envolvidas.

O elemento de cuidado centrado no usuário considera o indivíduo em sua singularidade, e sua necessidade é o foco central da atenção em saúde. Pode ser definido como “processo de parceria ou coprodução entre profissionais e usuários para o planejamento, desenvolvimento e avaliação do cuidado, apropriado às necessidades de saúde com respeito às preferências, valores, situação familiar,

condição social e estilo de vida” (Silva, 2014). Cada caso requer a elaboração de um plano de cuidado compartilhado considerando o usuário e sua família na tomada de decisão, de acordo com os valores de dignidade, autonomia e respeito no gerenciamento do autocuidado. No SUS, esse elemento é prejudicado, no sentido que o nível primário (APS/ESF) é centrado na família, porém o sistema de saúde é voltado em estruturas procedimentais e nas doenças (Silva et al, 2015). O caminho para enfrentar esta contradição é o fortalecimento do cuidado centrado no usuário, cuidar com as pessoas ao invés de cuidar para as pessoas.

Figura 2. Elementos interdependentes necessários para consolidação da prática colaborativa.



Os quadrados destacados de vermelho representam os pré-requisitos de uma prática colaborativa: modelo de atenção, centrado na família, indivíduo

e educação. Em suma, o modelo de atenção voltado para uma abordagem de produção do cuidado, o vínculo com o usuário e sua família considerando seus valores, a educação interprofissional e permanente, o indivíduo e sua subjetividade para colaborar, juntos consolidam um cenário propício ao exercício da prática colaborativa. Aguiar (2013) destaca que o desejo e a disponibilidade de colaborar são imprescindíveis para promover uma colaboração interprofissional. A personalidade, a habilidade, o conhecimento e a atitude do profissional influenciam a forma de interação com os demais participantes da equipe, por isso se faz necessário a integração dos profissionais.

Profissionalmente, ficou clara a influência das características pessoais no processo de trabalho e, conseqüentemente, em todo o funcionamento dos serviços de saúde. Esta conclusão nos fez refletir sobre a necessidade de trabalhar aspectos subjetivos na graduação, como comunicação verbal e não verbal, gerenciamento de conflitos, trabalho em equipe, intersetorialidade, interprofissionalismo, entre outros. Os conhecimentos técnicos de cada área do conhecimento envolvida não são suficientes para garantir o bom funcionamento do serviço, e, conseqüentemente a melhoria de vida e saúde da população assistida! (R32).

Alguns relatos mostraram experiências de autoconhecimento e fortalecimento do grupo com emprego de dinâmicas, como a “árvore da vida” (R11) e a “tenda do conto” (R64), aplicados nas equipes para gerar um vínculo de apoio, importantes para o trabalho em equipe-integração e, conseqüentemente, para conquistar os demais elementos que consolidam a prática colaborativa.

Entretanto, nem sempre as relações entre os profissionais são livres de desentendimentos, ainda mais quando se trata de práticas de colaboração, que partem da premissa do compartilhamento do poder. A falta do reconhecimento do trabalho e da área de conhecimento do outro pode ser um impeditivo à prática e motivar conflitos positivos ou negativos, a depender de como ocorrem e são conduzidos. Souza (2016) evidencia que as principais causas de conflitos decorreram de divergências sobre condutas terapêuticas, chegada de novos profissionais, ausência de colaboração, ausência de reconhecimento do trabalho do outro, discordâncias nas divisões das atividades realizadas. A ocorrência do conflito mostra um espaço adequado para a expressão de diferentes visões

dos profissionais e impulsiona os participantes a pensarem em estratégias de enfrentamento. Portanto, o conflito não deve ser considerado somente pelo lado negativo; os benefícios decorrentes dele também devem ser valorizados, pois podem apontar um caminho para a colaboração entre os profissionais.

Os participantes precisam estar motivados e com o alinhamento dos objetivos para que a colaboração seja realmente realizada. Isso significa um nível de conhecimento e confiança entre os membros da equipe, que são alcançadas com o tempo, ao conhecer a forma de trabalho de um colega de modo a potencializar as características e contribuições individuais. A relação de confiança na equipe é essencial para os participantes acreditarem no potencial do grupo e fazer com que seja um trabalho produtivo (Fuks et al, 2011). Em uma equipe sem objetivos definidos há o risco de interesses pessoais e/ou profissionais sobressaírem frente aos interesses dos usuários.

A interrelação das dimensões da colaboração, no Modelo 3C (comunicação, coordenação e cooperação), também foi representada na figura 2, como elementos necessários para a prática colaborativa. Peruzzo et al, (2018) apontam os desafios do trabalho em equipe que recaem na dificuldade de operar as três dimensões como: desconhecimento e/ou desconsideração do papel e experiências dos demais membros da equipe, aspecto que gera relações conflituosas e distantes; sobrecarga de trabalho e falta de recursos; desvalorização e desmotivação dos profissionais; indefinição dos resultados a serem alcançados, dentre outros desafios. Muitas dessas fragilidades são decorrentes de um modelo uniprofissional e verticalizado de comunicação, surgindo “a necessidade de instrumentalizar os trabalhadores de saúde, desde a graduação, com saberes que proporcionem o exercício de práticas comunicativas dialógicas” (Coriolano-Marinus et al, 2014, p.1367).

Conjugada a essa perspectiva, a OMS discorre sobre três mecanismos de incentivo à prática colaborativa: de apoio institucional, de cultura de trabalho e de ambiente, os quais dialogam com os 3C. O primeiro mecanismo se relaciona à importância da corresponsabilização entre equipe e gerência com modelos claros de governança, protocolos estruturados, descritos como apoio institucional. O mecanismo de cultura de trabalho refere-se aos espaços de tomada de decisão compartilhada para planejar os processos, como colegiado gestor, reunião de equipes, já descritos anteriormente como estratégias para alcançar a colaboração no trabalho coletivo. Por último, o mecanismo de ambiente diz respeito ao

ambiente físico e às instalações que facilitem a comunicação e a organização de espaços de forma a eliminar barreiras para colaboração eficaz (OMS, 2010), que se assemelha ao dispositivo de ambiência, que integra a Política Nacional de Humanização, claramente organizado em torno da dimensão da cooperação.

Desse modo, a prática colaborativa se concretiza quando a colaboração é implementada nas práticas dos serviços, conforme a influência dos elementos da Figura 2. Nesta situação, o trabalho em equipe representa um nível singular, influenciado pelos objetivos e condições de trabalho. Os efeitos positivos conquistados pela interprofissionalidade produzem mudanças em dois âmbitos, o primeiro referente à equipe propriamente dita, propiciando um melhor clima de equipe em relação às interações dos profissionais e aumentando a satisfação no trabalho. O segundo refere-se às mudanças no cuidado em saúde a partir do comprometimento com a segurança dos usuários e redução de erros clínicos (Reeves, 2016).

Considerações finais

O estudo identificou e analisou experiências de trabalho em equipe que trouxeram reflexões e estratégias utilizadas no cotidiano dos serviços de saúde e apresentaram potencial colaborativo. Os componentes da prática colaborativa (Figura 2) e as estratégias que promoveram um processo de trabalho em equipe integrado (Quadro 1) representam caminhos possíveis para promover a colaboração de acordo com a realidade de cada serviço. Apesar do trabalho em equipe ser o cerne da Atenção Primária, formação de equipes integração, baseadas em práticas colaborativas permanece limitada. Usualmente a configuração das equipes ocorre principalmente como agrupamento, em que as atribuições são definidas e limitadas a um processo mecânico e inflexível de trabalho, que cria uma falsa convicção de que todos os problemas enfrentados não estão sob sua governabilidade.

As dimensões do modelo 3C estão interligadas em um processo de complementariedade, não há hierarquia entre elas e sim interdependência, em uma relação que não é linear. Na comunicação, é essencial construir linguagens e objetivos comuns, que incluam e ponderem o potencial e o desejo de seus membros. Na coordenação, com a divisão de trabalho e a responsabilização das atividades do grupo, é relevante considerar a expertise dos profissionais e reconhecer

sua importância recíproca. As duas dimensões anteriores integram o âmbito do planejamento, na perspectiva que são “contratos” prévios que precisam ser acordados para o bom funcionamento de uma equipe. Na dimensão de cooperação, o processo de trabalho é facilitado com a organização das dimensões anteriores, e com a definição de como são realizados e concretizados os planos de equipe.

Portanto, a pesquisa analisou os componentes da colaboração do Modelo 3C à luz das práticas relatadas no campo da saúde, apresentando estratégias para a colaboração, uma vez que são vários os fatores relacionados com a prática colaborativa. Sua complexidade exige empenho e mecanismos de articulação que extrapolam e não podem ser reduzidos à formação de uma equipe integrada, e requerem um modelo de trabalho em rede e intersetorial. Espera-se que haja uma maior aproximação dos conceitos relacionados à colaboração no intuito de mostrar o potencial de um trabalho integrado entre os sistemas de educação e de saúde. Tanto na formação, com a EIP, quanto no próprio trabalho das equipes, com a EPS, a Prática Colaborativa se mostra fundamental para enfrentar os problemas e promover qualidade nos serviços de saúde.

Referências

- Aguiar C. (2013). Atuação do Enfermeiro de Atenção Básica no Âmbito da Articulação da Prática Interprofissional. Dissertação, (Título de Mestre em Ciências), São Paulo.
- Barr, H. (2002). **Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow**. CAIPE, Higher Education Academy, Learning & Teaching Support Network for Health Sciences & Practice, Occasional, Paper 1.
- Biggs, S. (1997). **Interprofessional collaboration: problems and prospects**. J. Ovretveit, P. Mathias, T. Thompson (Eds.), *Interprofessional Working for Health and Social Care*, Palgrave Macmillan, Houndsmills, England, pp. 186-200.
- Bittencourt, C. S. Grassi, D. Arusievicz, F. & Tonidandel, I. (2004, março). Aprendizagem Colaborativa Apoiada por Computador. **Novas Tecnologias na Educação**, CINTED-UFRGS, v. 2, n. 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. (2013). Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília – DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). **Portaria Nº 2.436** de 21 de setembro de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília**. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2006). **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf Acesso em: 02 de dezembro de 2019.
- Brna, Paul. (1998, setembro). **Modelos de colaboração**. Rev. Bras. de Informática na Educação, n. 3, p. 9 – 15.
- Campos, G. W. S. Chakour, M. & Santos, R. C. (1997, janeiro). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso 16 Jan. 2020.
- Coriolano-Marinus, M. W. L. Queiroga, B. A. M. & Ruiz-Moreno, L. Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369.
- D'Amour, D. Goulet, L. Labadie, J. F. San Martín-Rodríguez, L. & Pineault, R. (2008). **A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations**. BMC Health Serv Res, 8:188. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>
- Ellis, C.A., Gibbs, S.J. & Rein, G.L. (1991). Groupware - Some Issues and Experiences. In: **Communications of the ACM**, v. 34, n. 1. 1991, p. 38-58.
- Ferracioli, Laércio. (1999, agosto). Aspectos da Construção do Conhecimento e da Aprendizagem na Obra de Piaget. **Cad. Cat. Ens. Fís**, v. 16, n. 2, p. 180-194.
- Freire Filho, J.R. (2014). **Formação Interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Ribeirão Preto.
- Freire, Paulo. (1987). **Pedagogia do oprimido**. 17 Ed. Rio de Janeiro, editor paz e terra.
- Gomes, R.S. (2009, setembro). **O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial**. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública), Rio de Janeiro.
- Habermas J. (1989). **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Laal, M. Naseri, A. S. Laal, M. & Khattami-Kermanshahic, Z. (2013). What do we achieve from learning in collaboration? **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 93, p. 1427-1432.
- Lévy, P. (2015). **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. 10ª. ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Lévy, P. (1999). **Cibercultura**. Tradução de Carlos Irineu da Costa. 3ª. ed. São Paulo: Editora 34.
- Loiola, A. A. (2015). **Competências e habilidades nos currículos da graduação em saúde coletiva no Brasil**. Monografia, (Especialização). Brasília.
- Mendes, E. V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Morgan, S. Pullon, S. & Mckinlay, E. (2015, julho). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 52, edição 7, p. 1217-1230.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2010). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Genebra: OMS.
- Peduzzi, Marina, Agreli, Heloisa Lima Fernandes, Silva, Jaqueline Alcântara Marcelino da, & Souza, Helton Saragor de. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(Supl. 1), e0024678. Epub 16 de março de 2020.

- Peduzzi, M. & Agreli, H, F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface** (Botucatu), 22(Supl. 2):1525-34.
- Peduzzi, M. Carvalho, B. G. Mandú, E. N. T. Souza, G. C. & Silva, J. A. M. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para construção da prática interprofissional. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n 2, pp. 629-646.
- Peduzzi, M. Oliveira, M. A. C. & Silva, J. A. M. (2016). Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: Martins MA, Carrilho J, Alves VA, Castilho EA, Cerri GG, editores. **Clínica Médica**. 2ª ed. Barueri: Manoele, pp. 171-9.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**; v. 35, n1, pp.103-9.
- Peruzzo, H. E. Bega, A. G. Lopes, A. P. A. T. Haddad, M. C. F. L. Peres, A. M. & Marcon, S. S. (2018). **The challenges of teamwork in the family health strategy**. Escola Anna Nery, 22(4), e20170372. Epub 02 de agosto de 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.
- Fuks, H. Raposo, A. B. Gerosa, M. A. Pimentel, M. Filippo, D. Lucena, C. J. P. Teorias e modelos de colaboração. In: Pimentel, M. & Fuks, H. (2011). **Sistemas Colaborativos**. Editora Elsevier, série Campus, SBC.
- Reeves S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu). vol.20, n.56, pp.185-197.
- San Martín-Rodríguez, L. Beaulieu, M. D. D'Amour, D. & Videla, M. F. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**. 1(Supl)132-147.
- Silva, J. A. M. Peduzzi, M. & Orchard, C. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm., USP**, vol. 49(Esp2), pp. 16-24.
- SILVA JAM. Educação Interprofissional em Saúde e Enfermagem no Contexto da Atenção Primária. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências), São Paulo, 2014.
- Souza, G.C. Peduzzi, M. Silva, J. A. M. & Carvalho, B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Rev. Escola Enfermagem USP**, vol. 50, n. 4, pp. 642-649.
- Starfield B. (2002). **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde.
- Vigotsky, L. S. (1987). **Pensamento e Linguagem**. Tradução de J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes.
- Vivacqua, A. S. & Garcia, A. C. B. (2011). **Ontologia de Colaboração**. In: **Sistemas Colaborativos**. Editora Elsevier, série Campus, SBC.
- Santos, José Luís Guedes dos, Lima, Maria Alice Dias da Silva, Pestana, Aline Lima, Colomé, Isabel Cristina dos Santos, & Erdmann, Alacoque Lorenzini. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 37(1), e50178. Epub February 26, 2016.

Apêndice

RELATO	TÍTULO
R1	Apoio Institucional - O trabalho em equipe
R2	Humanização, Dots, Trabalho Em Equipe
R3	Integração de Equipes
R4	Troca de experiências através do projeto Cooperação Horizontal
R5	Comissão de Revisão de Prontuários: uma aposta para a qualificação do trabalho em equipe
R6	Vivenciando e refletindo: o processo de trabalho das equipes de saúde da família
R7	Trabalho de equipe - multiprofissionais da ESF com diabéticos dependentes.
R8	O trabalho em equipe multiSABERES das oito referências dos Programas Mais Médicos/PROVAB em SP
R9	Educação permanente no trabalho em equipe: relato de experiência em uma unidade de saúde da família
R10	A reestruturação do espaço físico: recepção, salas de acolhimento. Resgate do trabalho em equipe
R11	Árvore da Vida: Fortalecendo o Autoconhecimento e o Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família
R12	A intersetorialidade do trabalho das equipes de Atenção Básica e vigilâncias no combate ao aedes!
R13	Apoio Institucional: Principal ferramenta para a mudança na dinâmica de trabalho das Equipes de Saúde da Família no município de Caruaru Pernambuco.
R14	A importância do trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família para o levantamento das necessidades odontológicas: uma experiência de avaliação odontológica em domicílios das quadras 10 e 50 - Gama Leste/Brasília/DF
R15	Potencializando o trabalho de equipes de ESF na favela da Maré (RJ) no cuidado aos usuários com sofrimento psíquico em contextos de violência através do apoio matricial do NASF e do suporte do Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV.
R16	Manual de rotinas e procedimentos serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial 2ª edição
R17	Diretrizes para atuação profissional no núcleo do Ministério da Saúde em São Paulo
R18	Educação Permanente - Aprendendo em serviço para Cadastro e Pagamento
R19	Projeto SPA Urbano - ESF Anita Pinheiro - Cordeirópolis/SP
R20	Projeto mãe cidadã: dinâmica com as gestantes sobre alimentação completar
R21	Processos participativos para a reestruturação dos fluxos de trabalho.
R22	Colcha de Retalhos - Aprendizado em Saúde Coletiva
R23	A experiência de tutores nas atividades desenvolvidas por acadêmicos de diferentes cursos da saúde
R24	Apertando o cinto - módulo 39 - CEEP na cidade de Parnaíba - PI
R25	Estratégia EBS para divulgar importância dela prevenção do câncer de mama
R26	Roda de Conversa UBS Mangueiras

R27	Uma experiência de Odontologia no PET-SAÚDE
R28	HACKSUS - Maratona Tecnoeducacional para a Saúde
R29	SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO E POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
R30	A visão dos profissionais da UBS sobre a formação acadêmica na área da saúde
R31	Comunidade escolar unida: Todos os dias 10 minutos contra o mosquito Aedes aegypti.
R32	Experiência interprofissional no PET-Saúde/GraduaSUS: equipe da enfermagem
R33	Relato de experiência - “ Unidade Básica de Saúde da Bauxita” e “PSF Caminhar” - Ouro preto/MG
R34	Práticas educativas no gerenciamento de conflitos: o papel da Supervisão de Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso
R35	Aprendizagem no Trabalho: Aprimorando os processos de trabalho do NEMS/AP
R36	Os Cursos de Práticas Integrativas e Complementares na CdP e o Processo de Facilitação
R37	A Importância da atuação do NASF no Programa Saúde na Escola no município de Benevides/Pa
R38	Santa Terezinha Contra a Dengue
R39	Trabalhando com os pequenos para torna-los grandes cidadãos
R40	Todos juntos contra a dengue
R41	A teia da aprendizagem: oficina de metodologia ativa
R42	Dia D da Campanha de Multivacinação
R43	Ação PET Saúde São Joaquim alusiva ao dia 1º de dezembro - Dia mundial da luta contra AIDS
R44	PET- Saúde GraduaSUS - UFRJ Macaé - Enfermagem
R45	PET Saúde - GraduaSUS – Campina Grande/PB: Um relato sobre a Formação Interprofissional em Saúde
R46	PET-Saúde/GraduaSUS uma experiência para formação cidadã em Aracaju Sergipe
R47	Hora do cuidado: oficina de higiene corporal dos bebês
R48	PET-Saúde Gradua-SUS Cariri: Educação ambiental sob o enfoque lúdico
R49	PET- Saúde GraduaSUS - UFTM Curso de Terapia Ocupacional
R50	Conhecimento!!!
R51	Educação Permanente como ferramenta de promoção da saúde mental no trabalho
R52	PET/Saúde HIPERDIA Gurupi
R53	Relato de experiência do Grupo de Farmácia - Pet-Saúde/GraduaSUS UFOB/SMS de Barreiras/BA
R54	PETGraduaSus e Interprofissionalidade: o primeiro encontro; namoro, paixão e casamento
R55	Residência em ação: Evento Saúde em dia - prevenção e combate à hipertensão arterial
R56	Curso NASF - Mato Grosso
R57	Rede de Atenção Psicossocial Intersetorial - Evoluindo a partir da RAPS

R58	Capacitação nas ações básicas de saúde para os agentes indígenas de saúde do DSEI-CE
R59	Gerenciando o cuidado de enfermagem através dos protocolos assistenciais
R60	O uso da ferramenta Kanban na Gestão de um Ambulatório de Fisioterapia
R61	Projeto “De Olho no Mosquito”
R62	O processo de formação no acolhimento a demanda espontânea na Atenção Básica
R63	Experiências lúdicas no enfrentamento da dengue em escolas da zona rural do interior maranhense
R64	A tenda do conto: histórias, nossas histórias, dias de luta, dias de glória
R65	Estratificação de Vulnerabilidade Familiar no município de Cáceres-MT
R66	Ações desenvolvidas pelo grupo tutorial do curso de medicina do PET-Saúde-GraduaSUS UFPI-FMS
R67	PET GraduaSUS Ações Para Promoção Da Saúde Com Adolescentes No CRAS Los Angeles
R68	Relato de experiência do PET GraduaSUS no PSF residencial COXIPO I - CUIABÁ/MT
R69	Hands-on Comunidade de Práticas - DAB/MS
R70	PET GraduaSUS: dialogando sobre o protagonismo estudantil na formação em enfermagem
R71	Planejamento e execução da primeira atividade das alunas de Farmácia no Heimaba.
R72	Rodas de conversa com educação permanente em unidade de saúde mental de um hospital geral público
R73	Relatório PET GraduaSUS Fortaleza/Maracanaú –Psicologia
R74	Pet-saúde/GraduaSUS Campina Grande/PB: reuniões de planejamento em grupo
R75	Grau de implementação do programa de puericultura na Estratégia Saúde Da Família - USF Josefa Barros
R76	Dinâmica de Rede - Equipe Mata
R77	Realize seu exame citológico e conquiste o sorriso saudável
R78	Semana do bebê todos juntos pela primeira infância
R79	Manhã saudável: desenvolvendo boas práticas de saúde
R80	Iniciando a vivência na saúde pública por meio do PET-Saúde GraduaSUS
R81	Relato de Experiência do PET-GraduaSUS UNIVASF
R82	Relato da equipe da medicina do PET-GraduaSUS na ESF Vila Parque Ibituruna Em Governador Valadares/MG.
R83	Ação do grupo PET-farmácia na avaliação da assistência farmacêutica em duas UBS da cidade de pelotas
R84	Análise da adequação dos planos de ensino dos componentes curriculares de odontologia às DCNs
R85	Pet Saúde Gradua-SUS Cariri Cearense na Romaria
R86	Relato de experiência Pet GRADUA SUS UFSM - Santa Maria
R87	Relato de experiência: PET Saúde/GraduaSUS Enfermagem
R88	Experiência PET UFBA 2016

R89	Planejamento, organização e implantação de um Programa Assistencial para Gestantes e seus Familiares
R90	O julgamento do cigarro - ação antitabagismo em um colégio
R91	Experiências interprofissionais vivenciadas no contexto do PET-Saúde/GraduaSUS
R92	Educar para uma vida mais saudável
R93	A vivência do residente no Projeto Consultório Itinerante de Odontologia (PCIO) no estado do Pará
R94	Aprender juntos para trabalhar juntos
R95	Cooperação Horizontal: Troca de experiência Igaracy/ Serra Grande
R96	Planilhas eletrônicas como ferramenta de gestão do trabalho de campo dos Agentes de Endemias.
R97	PET Saúde GraduaSUS: Encontros do Grupo Ampliado 2 em Palmas-TO
R98	Diagnóstico situacional em Unidades de Saúde da Família: um relato do grupo tutorial de Farmácia
R99	Construindo as Diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública do Ensino Saúde
R100	Indicadores de realização de cirurgias com segurança
R101	As vantagens de uma vida saudável.
R102	Educação Permanente em Saúde: Experiências em Saúde da Família
R103	Novembro Azul em USF/Riacho do Sangue: fazendo multiplicadores de Educação em Saúde
R104	Acolhimento a demanda espontânea com estratificação de risco: uma experiência inovadora no município
R105	A EAD como aliada na capacitação dos profissionais para o controle do Aedes aegypti
R106	Estratégia de Saúde da Família de Sítio Novo – TO. “Quem somos e o que fazemos”
R107	Intersetorialidade na estimulação psicomotora de crianças de uma escola no município de João Pessoa
R108	Visitas domiciliares, ações educativas em saúde, ferramentas valiosas no combate ao mosquito aedes aegypti
R109	Projeto de Erradicação do Aedes aegypti com foco educacional
R110	Mutirão de Combate ao Aedes aegypti: Itacuruba- PE
R111	Formação Continuada em Práticas de Promoção do Bem Viver Indígena
R112	Estratégias de Educação Permanente voltadas aos trabalhadores do Departamento de Atenção Básica – o Mês da Saúde 2016
R113	PET-Saúde/GraduaSUS e Residência Multiprofissional: aprendendo sobre trabalho interdisciplinar
R114	Perfil da situação de saúde das comunidades do Extremo Sul da Bahia: integração, formação e interdis
R115	Implantação do Conselho Local de Saúde na USF Feira VI: “Quem sabe faz a hora, não espera acontecer!”

R116	Grupo tutorial de enfermagem da UERN, Campus Caicó-RN: a experiência do PET Gradua-SUS no CAPS III
R117	Implementação da Educação Permanente em UBS do município de Pelotas
R118	Possibilidades e desafios do PET-saúde/GraduaSUS em um serviço de atenção especializada
R119	Manual Operativo da Rede Escola no município de Marília
R120	PET-Saúde/Gradua SUS: a Fonoaudiologia de mãos dadas com o ensino-serviço-comunidade.
R121	Tecendo a Educação Permanente em Saúde no DEPREPS/SGTES/MS: percepções, desejos e necessidades de trabalhadores (as)
R122	Circulando Saberes: Educação Permanente na RAPS
R123	Experiência do Grupo Enfermagem PET Saúde/GraduaSUS, parceria UFPel e Secretaria Municipal de Saúde
R124	PET-Saúde/GraduaSUS Amazonas: interação para transformação
R125	A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde: Avanços na Formação para o SUS
R126	PETGraduaSUS: a experiência do grupo de saúde mental - Juiz de Fora/MG
R127	Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a inserção em Unidades de Saúde de Vitória-ES por meio do PET GraduaSUS
R128	Relato de experiência do grupo da Fisioterapia do PET-Saúde/GraduaSUS em Governador Valadares, MG.
R129	PET Saúde Gradua-SUS UnirG Gurupi-TO Avançando
R130	Promoção de Saúde Bucal aos povos das águas amazônicas em Belém do Pará
R131	Utilização da técnica de estimativa rápida para identificar necessidades e prioridades no território
R132	Medicina/UniFOA no GraduaSUSPETGraduaSUS 2016/2017 – maio /outubro 2016
R133	Experiência adquirida em Uma Unidade de Saúde de Nova Serrana
R134	RELATÓRIO COORDENAÇÃO GERAL GraduaSUSPETGraduaSUS 2016/2017
R135	Oito meses de PET Saúde GraduaSUS UFPel- experiências marcantes!
R136	Enfermagem no SUS e para o SUS - Contribuições do PET-GraduaSUS ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA
R137	PET-Saúde/GraduaSUS: Uma Experiência de Integração ENSINO-SAÚDE em Teixeira de Freitas-Ba
R138	Tutoria de Campo: empoderamento para intervenção na realidade
R139	Vivências do Serviço Social no PET-Saúde/GraduaSUS da UFPI e Fundação Municipal de Saúde de Teresina
R140	O PET GraduaSUS na articulação ensino-serviço-comunidade na formação em saúde coletiva/UFRN
R141	#Mulher#ResidênciaMulti#ViolênciaObstétrica

SOBRE OS AUTORES

Ana Sílvia Pavani Lemos. Mestre em Saúde Coletiva pela UnB e Doutoranda em Odontologia pela FOP/UNICAMP. Tecnologista em Saúde Pública, Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde (LEMTES), da Escola Fiocruz de Governo, Fiocruz Brasília. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: anasilviapavani@gmail.com

Argus Tenorio Pinto de Oliveira. Psicólogo (CRP 09/012542) pela Universidade Católica de Brasília (UCB, 2016). Atualmente cursa mestrado em Psicologia sob a orientação do professor Domenico Uhng Hur, na Universidade Federal de Goiás (UFG), com o tema Subjetivação, Técnica e Política. É coordenador no Grêmio | Psicologia-e, atualmente um coletivo de serviços. Participa do Coletivo Institucionalista da UFG e da Pesquisa Outras Palavras da UCB.
E-mail: argus.sugra@gmail.com

Carine Vendruscolo. Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (MPEAPS/UDESC). Líder do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/UDESC) e membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC). Representante das Universidades de Santa Catarina junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Estado de SC. Rua Mato Grosso, 545 E, Birro Jardim Itália. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Carise Fernanda Schneider. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Chapecó - SC. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, em Saúde da Família (UFSC) e em Docência no Ensino Superior. Trabalha como coordenadora da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. Rua Condá, 1491 E, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: carisefs@yahoo.com.br

Caroline Zamboni de Souza. Psicóloga do Programa de Saúde Mental da CASSI-RS. Tem graduação e mestrado em Psicologia, Especialização em Saúde da Família e Comunidade. Doutora em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Atua em projetos de educação e saúde envolvendo a formação de trabalhadores a partir da Educação Permanente em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: carolinezambonidesouza@gmail.com

Diego Anselmi Pires. Doutorando em Ciências Ambientais na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS) na Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP SC). Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Polo de Educação Permanente em Saúde da Região Carbonífera de Santa Catarina de 2004 a 2017, atual Comissão Integração Ensino-Serviço da mesma região. Experiência com Educação de crianças, adolescentes, adultos e idosos na função de Cirurgião Dentista da Estratégia saúde da família em municípios do sul catarinense. Mediador/Facilitador de processos de qualificação de trabalhadores, gestores e usuários em diversos eventos e capacitações (palestras, cursos, formações, sensibilizações), atualmente atuando como Professor de cursos de Graduação e Pós-Graduação na UNESC, além de ser o Coordenador do Grupo de Pesquisas em Odontologia (CNPQ) do curso de Graduação em Odontologia (UNESC) desde 2013. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: diegoapsc@unesc.net

Evelyn de Britto Dutra. Administradora e Sanitarista pela Universidade de Brasília (UnB). Experiência profissional com a Residência Multiprofissional em Atenção Básica pelo Hospital Universitário de Brasília (HuB/UnB). Atualmente, integrante do Laboratório de Educação, mediações tecnológicas e transdisciplinaridade em saúde, da Escola Fiocruz de Governo/ Fiocruz Brasília. Atua no projeto Avaliação e Prospecção de Tecnologias Web para Educação Permanente em Saúde com o Ministério da Saúde e no Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal com a SES/DF, especificamente nas ações de planejamento, organização e avaliação do Curso de Especialização em Gestão da Estratégia Saúde da Família, no modelo de ensino híbrido. Participa da condução das atividades do Grupo de Pesquisa Educação, Comunicação e Intersetorialidade em Políticas Públicas. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: evelynbritto@gmail.com

Elis Roberta Monteiro. Farmacêutica. Doutora e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Atuou por quatro anos como apoiadora da equipe de Tele-educação do Telessaúde SC. Rua Catão, nº 523, Vila Romana, São Paulo, São Paulo, Brasil.
E-mail: elismonteiro1@yahoo.com.br

Francini Lube Guizardi. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2000), com mestrado (2003) e doutorado (2008) em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É docente e pesquisadora em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz, no Laboratório de Educação, mediações tecnológicas e transdisciplinaridade em saúde, da Escola Fiocruz de Governo/ Fiocruz Brasília. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: francini.guizardi@gmail.com

Gleice Assunção da Silva. Doutoranda em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Educação (UFSC). Graduação em Pedagogia Anos Iniciais e Educação de Jovens e Adultos pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (2005). Especialização em MBA em Gestão de Projetos (2020); Educação a Distância (2016); Educação Permanente em Saúde (2015) e Gestão Educacional (2009). Membro atuante no Grupo de Pesquisa Edumídia. Trajetória profissional em gestão de processos educacionais presenciais e a distância e orientação de estágios e pesquisas na área de educação e saúde em parceria com empresas e instituições de ensino. Experiência prévia como educadora e preceptora de educação permanente em saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina. Atualmente atuando como administradora escolar e pesquisadora de novas metodologias educacionais para o uso das tecnologias digitais em práticas pedagógicas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: gleiceprojetos@gmail.com

Letícia de Lima Trindade. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (MPEAPS). Líder do Grupo de Pesquisa sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC). Representante da UDESC junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Macrorregião Oeste de SC. Rua Mato Grosso, 545 E, Birro Jardim Itália. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: leticia.trindade@udesc.br

Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira. Professora Associada da Universidade de Brasília onde desenvolve projetos de pesquisa na área de Psicologia do Desenvolvimento humano no curso de vida, com ênfase no desenvolvimento social no contexto urbano, das escolas e instituições do sistema de garantia de direitos e políticas públicas de educação. Coordena o LABMIS - Laboratório de Psicologia Cultural e do Núcleo de Estudos das Adolescências Contemporâneas (GAIA). Possui graduação e mestrado em Psicologia, Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Desenvolvimento Humano. Membro da Rede SPPREAD International (Social Pedagogy Practice, Research and Development. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: mcsloliveira@mai.com

Mônica Ludwig Weber. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Representante do serviço de saúde junto a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Macrorregião Oeste de SC. Linha Marcelino, interior, São Carlos, Santa Catarina.
E-mail: monyludwig@hotmail.com.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Pensamento Negro Descolonial

Educação Popular & Saúde

Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-26-7



9 786587 180267