

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E MOTRICIDADE HUMANA**

**PERSPECTIVAS DE UM GRADUANDO DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO PET-  
SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE**

**FLÁVIO CASSETTA MONTERA**

**SÃO CARLOS**  
**2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E MOTRICIDADE HUMANA**

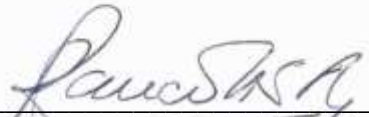
**PERSPECTIVAS DE UM GRADUANDO DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO PET-  
SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE**

**FLÁVIO CASSETA MONTERA**

Trabalho apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Educação Física, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, com orientação do professor Dr. Glauco Nunes Souto Ramos, do Departamento de Educação Física e Motricidade Humana.

**SÃO CARLOS**

**2021**



---

Orientador  
Prof. Dr. Glauco Nunes Souto Ramos

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Flávio e Roseneide (*in memoriam*) e a minha irmã, Marina, os quais sempre apoiaram minhas escolhas e se desdobraram para que pudessem proporcionar uma boa educação, prezando pelo respeito, honestidade e dignidade, possibilitando, assim, a construção de uma sociedade humanizadora.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, às circunstâncias proporcionadas a cada dia e pela oportunidade concedida em realizar este trabalho.

Ao meu professor e orientador, Prof. Dr. Glauco Nunes Souto Ramos, que, apesar do novo cenário, adversidades e dificuldades apresentadas pela pandemia da Covid-19, conseguiu administrar e empenhar tempo para me orientar com muita atenção, e, sempre apoiando a temática, possibilitando a produção desse trabalho.

À Profa. Dra. Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte, por ter sido uma professora muito atenciosa e ter aceitado prontamente fazer parte da banca examinadora e, desta forma, contribuir com o engrandecimento do trabalho.

Ao Prof. Ddo. Nathan Raphael Varotto, por ter sido muito atencioso e ter aceitado prontamente fazer parte da banca examinadora e, desta forma, contribuir com o engrandecimento do trabalho.

À minha preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade, por ter sido atenciosa, e paciente o tempo todo, desde o início do programa.

À minha tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade, por ter sido atenciosa e compreensiva durante toda a permanência no programa.

A todos os professores, alunos e secretários do curso de Educação Física, pela oportunidade de convivência e novas perspectivas incorporadas.

Aos meus amigos de residência, os quais tiveram paciência durante o convívio e possibilitaram um ambiente agradável.

A todos os familiares e amigos que sempre se importaram comigo e compartilharam momentos memoráveis.

Aos meus pais, Flávio e Roseneide (*in memoriam*) e a minha irmã, Marina, os quais sempre apoiaram minhas escolhas e se desdobraram para que pudessem proporcionar uma boa educação, prezando pelo respeito, honestidade e dignidade, possibilitando, assim, a construção de uma sociedade humanizadora.

## RESUMO

Na busca pela tentativa de orientar a formação dos profissionais da saúde, foram propostas, para a educação superior, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que, para a área da Educação Física, ficou estabelecida pela Resolução N° 7, de 31 de março de 2004, a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o referido curso. Mesmo assim, passados vários anos pós a instituição das DCN para a educação superior, o curso de Educação Física ainda apresenta algumas fragilidades no processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, faz-se necessário estruturar e elaborar uma proposta curricular contra-hegemônica, na tentativa de se romper com a organização e execução de grades curriculares que intensificam a dicotomia entre teoria e prática. Sendo assim, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, possibilitou, ao Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), a formulação de políticas indutoras dessa mudança. Entre elas, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que instigou a elaboração desse estudo. Portanto, o objetivo desse trabalho consiste em analisar as perspectivas de um graduando de Educação Física na rede de saúde pública de São Carlos, por meio do PET-Saúde Interprofissionalidade. Para tanto, o trabalho esteve pautado pela pesquisa qualitativa, do tipo autobiográfica e utilizou o memorial descritivo (MD) como fonte de coleta de informações. A análise dos dados se deu a partir da elaboração das seguintes categorias: 1) *Fragilidades curriculares/estruturais da Educação Física como área da saúde pública*, na qual estão o ensino centrado nos conteúdos biológicos, enfatizando o caráter técnico-científico, dificultando a compreensão da realidade social, o distanciamento dos departamentos e da interação entre os cursos da área da saúde; 2) *PET-Saúde Interprofissionalidade: algumas fragilidades*, indicando o conflito/incompatibilidade de horário, a dificuldade de comunicação e gestão municipal para a coordenação do trabalho em equipe/rede; e, 3) *PET-Saúde Interprofissionalidade: potencialidades*, revelando a ampliação da visão articuladora que rompe com o pensamento disciplinar, fragmentado e esfacelado, proporcionando novas abordagens entre estudantes e usuários, a qual, através do trabalho em equipe, proporciona uma saúde mais integral e humanística. Desta forma, faz-se necessário dar mais atenção, elaborar, desenvolver e transformar programas exitosos, como o PET-Saúde Interprofissionalidade em projetos pedagógicos e políticas públicas consistentes para a formação de futuros profissionais da área da saúde, os quais, para além dos acertos teórico-práticos do SUS, possibilitem proporcionar, de forma significativa, a construção de um serviço público de saúde de qualidade para todos.

Palavras-Chaves: Educação Física, PET-Saúde Interprofissionalidade, Saúde Pública, Trabalho em Equipe.

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CDR	Cadastro de Demanda por Recurso
CEME	Centro Municipal de Especialidades Médicas
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEFMH	Departamento de Educação Física e Motricidade Humana
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DMed	Departamento de Medicina
DMP	Departamento de Morfologia e Patologia
EAD	Ensino a distância
EF	Educação Física
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
GCM	Guarda Civil Municipal
GPS	Global Positioning System
HU	Hospital Universitário
IES	Instituição de Ensino Superior
IPE	Educação Interprofissional
IPEC	Centro de Educação Interprofissional Colaborativa
MD	Memorial Descritivo

MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PEF	Profissional de Educação Física
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PM	Polícia Militar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPCD	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
TCP®	Treinamento Corretivo Postural
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USE	Unidade Saúde Escola
USF	Unidade Saúde da Família
VIGEP	Vigilância Epidemiológica



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. A SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>11</b>
2.1. <i>PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE .....</i>	19
2.2. <i>PET SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE .....</i>	21
2.2.1. <i>DAS VAGAS .....</i>	23
2.2.2. <i>DOS OBJETIVOS .....</i>	24
2.2.3. <i>DAS BOLSAS. ....</i>	25
<b>3. A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>26</b>
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>30</b>
<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>34</b>
5.1. <i>FRAGILIDADES CURRICULARES/ESTRUTURAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA .....</i>	35
5.2. <i>PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: ALGUMAS FRAGILIDADES .....</i>	43
5.3. <i>PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: POTENCIALIDADES .....</i>	47
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>67</b>
<i>APÊNDICE 1 – MEMORIAL DESCRITIVO PET-SAÚDE .....</i>	67
<i>APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA – UBS “BRINCADEIRA” .....</i>	89
<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
<i>ANEXO 1 – CHAMADA NÚMERO 001/2018 - HABILITAÇÃO DE ESTUDANTES BOLSISTAS PARA COMPOR O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE – 2018/2019 .....</i>	91
<i>ANEXO 2 – CRONOGRAMA .....</i>	96
<i>ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO .....</i>	97
<i>ANEXO 4 – MODELO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) .....</i>	98
<i>ANEXO 5 – CERTIFICADO DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE ....</i>	101
<i>ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE .....</i>	102

## 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho é resultado de uma série de escolhas, desde a opção em cursar Educação Física até a definição temática desse estudo.

Cursar bacharelado em Educação Física na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* São Carlos (SP), foi uma escolha de ponderação, pois não era minha primeira opção de curso, entretanto, a universidade fica próxima de minha cidade natal, Borborema (SP) e, além disso, é uma instituição de referência na educação superior.

Além disso, tive contato com a área da saúde precocemente, com o aparecimento da diabetes mellitus tipo 1, aos 6 anos de idade. Fato que instigou o levantamento de inúmeras questões no princípio, até então desconhecidas por mim. Diante de tal situação, o exercício físico era o “melhor remédio”. Desse modo, foi despertado o interesse por movimentar o corpo que, de certa forma, influenciou na escolha do curso de Educação Física.

Durante o segundo ano da graduação, tive a oportunidade de ser monitor da disciplina de “Anatomia”, oferecida pelo Departamento de Morfologia e Patologia (DMP) da UFSCar. Tal atividade permitiu olhar a disciplina com outra perspectiva, pois houve uma inversão de papel, passei de aluno para “orientador”, o que possibilitou trabalhar alguns aspectos, entre eles, a escuta, fruto da intermediação monitor/aluno.

No terceiro ano da graduação, tive uma disciplina chamada “Educação Física na Atenção Primária em Saúde”, ofertada pelo Departamento de Educação Física e Motricidade Humana (DEFMH), a qual proporcionou a realização de visitas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na cidade de São Carlos. Mediada por uma profissional de Educação Física, da rede pública de saúde, foi possível compreender a dimensão do trabalho realizado pela profissional e, também, constatar algumas fragilidades do sistema de saúde como, por exemplo, a falta de recursos humanos, aspectos burocráticos, falta de espaços físicos, entre outros, pois acompanhei algumas “discussões de casos”, a qual:

[...] permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (BRASIL, 2011, s/p).

Frente às discussões acompanhadas como aluno-ouvinte, além das inúmeras fragilidades já existentes no sistema de saúde, pude presenciar alguns desentendimentos interpessoais na própria reunião, dificultando ainda mais o atual cenário da saúde pública.

No final do terceiro ano da graduação, abriu um edital, no período de 03/12/2018 a 07/12/2018 (Anexo I), para as inscrições do processo seletivo para o preenchimento de 30 vagas para discentes no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade) – São Carlos, do Edital MS n.º 10, de 23 de julho 2018, o qual me interessei, pois possibilitaria o contato com a rede pública de saúde e outros profissionais da mesma área. Sendo assim, participei do processo seletivo, fui selecionado e, desta maneira, participei ativamente como aluno bolsista, representando o curso de bacharelado em Educação Física, do citado programa, no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, completando 10 meses. Vale ressaltar que foram estabelecidos períodos de recessos, nos meses de julho/agosto e dezembro/janeiro, assim como determinado pelo calendário acadêmico da Universidade, relacionando correspondência entre a grade curricular do curso e o referido programa.

Portanto, o objetivo desse trabalho consiste em analisar as perspectivas de um graduando/bolsista de Educação Física na rede de saúde pública de São Carlos, por meio do *PET-Saúde Interprofissionalidade*. Para tanto, o trabalho esteve pautado pela pesquisa qualitativa, do tipo autobiográfica e utilizou o memorial descritivo como fonte de coleta de informações.

Desse modo, o presente estudo encontra-se organizado da seguinte maneira: no 1º capítulo, intitulado INTRODUÇÃO, trato do processo de escolha e definição temática desse estudo. Já no 2º capítulo, intitulado A SAÚDE NO BRASIL, trato das diferentes perspectivas do conceito de saúde e dos modelos de ensino para a saúde. No 3º capítulo, intitulado A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ÁREA DA SAÚDE (PÚBLICA), trato das diferentes formas de ensinar e intervir em saúde e das fragilidades curriculares/estruturais da Educação Física como área da saúde pública. No 4º capítulo, intitulado TRAJETÓRIA METODOLÓGICA, apresento a metodologia utilizada para a elaboração desse estudo. No 5º capítulo, intitulado APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS, apresento o processo de coleta de dados utilizado e sua respectiva análise e discussão. No 6º capítulo, intitulado CONSIDERAÇÕES FINAIS, apresento uma síntese das perspectivas e da possibilidade de ter vivenciado o *PET-Saúde Interprofissionalidade*. No 7º capítulo, intitulado QUESTIONAMENTOS FINAIS, faço uma breve reflexão do atual processo formativo.

## 2. A SAÚDE NO BRASIL

Como processo de revisão de literatura, foi elaborada busca na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) para se obter compreensão sobre o conceito de saúde de acordo com nossa Constituição, o conceito de saúde segundo alguns autores trabalhados durante o processo formativo e, posteriormente, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), vinculadas com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) tentam se estruturar e orientar a formação dos profissionais da saúde.

Desde a reforma do modelo de ensino médico nos Estados Unidos, nas décadas de 1910 e 1920, através do trabalho de Abraham Flexner, determinou-se que haveria um ideal científico de educação a ser seguido pelas instituições da área da saúde.

Desde o Relatório Flexner, temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde, **uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças**; um corpo entendido como o território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. **Essa formação tem contribuído sobremaneira para a precoce especialização**, um desejo pela superespecialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 73 – grifo nosso).

Desse modo, “O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de **saúde como ausência de doença** e constitui **uma âncora** que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica” (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 31 – grifo nosso).

Esse modelo flexneriano, restringe demais o conceito de saúde. Em uma **crítica ao modelo de saúde**, Merhy (2006) faz referência que nele o “usuário – individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar” (p. 118).

Tais circunstâncias dificultam o entendimento e o desenvolvimento para a elaboração de novas formas de abordagens pedagógicas.

Entretanto, conforme Morin (2000):

Precisamos desaprender conceitos fechados e obsoletos que algum dia aprendemos e reservamos nas prateleiras da consciência, para aprendemos novas possibilidades dos novos cenários que se delineiam e redesenham na multiculturalidade planetária. Cenários complexos, que nos apontam para a incerteza, imprevisibilidade e contradições da existência, nos exigindo novas maneiras de reaprender, como pudemos perceber nessa vivência em nosso grupo (p. 27).

Fruto do contexto histórico, a organização do trabalho em saúde ainda possui viés “gerencial” taylorista/ fordista, “fundado na extrema divisão do trabalho e na fragmentação do saber” (DELUIZ, 2001, p. 7).

[...] a pedagogia tecnicista, ao ensaiar transpor para a escola a forma de funcionamento do sistema fabril, perdeu de vista a especificidade da educação, ignorando que a articulação entre a escola e processo se dá de modo indireto e por meio de complexas mediações (SAVIANI, 2012, p. 14).

Nessa perspectiva, o aluno deve aprender a fazer, ou nas palavras de Saviani (2012): “do ponto de vista pedagógico, conclui-se que, se para a pedagogia tradicional a questão central é aprender e para a pedagogia nova, aprender a aprender, para a pedagogia tecnicista o que importa é aprender a fazer” (p. 14).

Frente a essa situação, estabelece o contínuo desafio para a consecução do ideário do sistema público de saúde, que aponta para a multi-setorialidade, a interdisciplinaridade ou a transversalização de múltiplos saberes e práticas, a humanização do cuidado na perspectiva usuário-centrada e na integralidade como eixo orientador da saúde.

Para tentar superar o desafio de se instalar um sistema público de saúde, que fosse ideal, em um dos momentos mais notórios da redemocratização do país, a Constituição de 1988, perante o Capítulo II – Da Seguridade Social - SEÇÃO II – Da Saúde – Art. 196, declarou:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Sucessivamente, por meio da Lei de número 8080, de 19 de setembro de 1990, “[...] foi regulamentado, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990, s/p).

Adicionando ao aspecto político, “[...] a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEN, 1995, p. 163).

Por essa perspectiva de saúde, o sujeito é enaltecido, de modo que ele constrói as interações estabelecidas com outras pessoas e com ele próprio.

Ampliando o conceito de saúde, podemos dizer que:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até as informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo. Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra (AROUCA, 1987, p.36).

Outra autora que também colabora para uma concepção ampliada de saúde é Carvalho (2001), ao indicar que:

[...] a saúde resulta de possibilidades, que abrangem as condições de vida, de modo geral, e, em particular, ter acesso a trabalho, serviços de saúde, moradia, alimentação, lazer conquistados – por direito ou por interesse – ao longo da vida. Tem saúde quem tem condições de optar na vida. A saúde está diretamente relacionada com as escolhas que não se restringem tão-somente a poder escolher este ou aquele trabalho, realizar-se pessoal e profissionalmente com ele, morar dignamente, comer, relaxar e poder proporcionar condições de vida para os mais próximos, mas também conseguir viver dignamente com base em valores que não predominam em uma sociedade como a brasileira – excludente, individualista, competitiva, consumista (CARVALHO, 2001, p. 14).

Por meio dessa concepção ampliada, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma significativa conquista social para o Brasil, efetivada pelos “princípios do acesso universal e igualitário, a integralidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação popular” (BRASIL, 1990, s/p), porém, ainda possui aspectos limitantes, como a frágil qualidade dos serviços prestados, os quais são representados por recursos humanos, de cunho qualitativo, não quantitativo (ALMEIDA FILHO, 2009).

Para Ayres (2009), se tratando de gestão participativa na saúde, a diversidade do operar no cotidiano, são sinais de vitalidade e precisam ser entendidas como “indicadores da necessidade de flexibilizar conceitos e técnicas, de busca de maneiras produtivas para o manejo dos conflitos advindos das tensões”, especialmente da necessidade de buscar “estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas capazes de compartilhar horizontes práticos de interesse comum” (AYRES, 2009, p. 13).

Nesse sentido, referindo-se a aspectos de recursos humanos, faz-se necessário um repensar da concepção de democracia que é praticada nestes espaços.

Hoje, a concepção de democracia que prevalece nas políticas de saúde não é participativa, mas sim uma democracia burocrática, que limita participação do cidadão comum, que não permite a transformação das relações de poder. Há um potencial desagregador muito grande. Basta assistirmos às reuniões de alguns conselhos – parece que tudo virou um jogo de xadrez, de astúcia, de disputa. No xadrez, para ganhar o jogo é preciso sacrificar os peões, no nosso caso os usuários do SUS (SCHEFFER, 2006, p. 316).

Desse modo, o SUS, apoiado por seus princípios, tenta estabelecer maior representatividade social. “Tais princípios tentam elaborar um novo modelo de organização do Sistema Único de Saúde e uma nova forma de produzir o cuidado, e, conseqüentemente, de orientar a formação dos profissionais da área de saúde” (MADRUGA et al., 2015, p. 806).

Nessa busca pela tentativa de orientar a formação dos profissionais da saúde, foram propostas, para a educação superior, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que, para a área da saúde, foram publicadas entre os anos de 2001 e 2004, a qual, para a Educação Física, ficou estabelecida pela Resolução N° 7, de 31 de março de 2004, a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. No Art. 5° ficou estabelecido que:

A Instituição de Ensino Superior deverá pautar o projeto pedagógico do curso de graduação em Educação Física nos seguintes princípios: articulação entre ensino, pesquisa e extensão; abordagem interdisciplinar do conhecimento; indissociabilidade teoria-prática; articulação entre conhecimentos de formação ampliada e específica (BRASIL, 2004, s/p).

Dessa forma,

A lógica e as dimensões incluídas **nesse modelo** fortalecem a idéia de que “lidar” com a saúde requer uma antecipação aos riscos, **prática integral, intra, inter, multidisciplinar e multiprofissional**, já que esse universo de conhecimento dificilmente será dominado por um único **“super” profissional** (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 23 – grifo nosso).

Tais DCN, “[...] tentam garantir uma formação humanista, crítica e reflexiva, fazendo uso de metodologias centradas nos estudantes e nas necessidades do SUS” (BRASIL, 2004, s/p).

Entretanto, sabemos que a articulação dessas novas orientações é um processo muito complexo e de lenta normatização. De acordo com Deluiz (2001), “o trabalho em saúde

não pode seguir uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil a sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade” (p. 10).

Assim sendo, ainda persistem algumas fragilidades curriculares, conforme Maranhão e Silva (2001), os quais:

[...] sistematizaram a **crítica ao currículo mínimo** adotado: grade de conteúdos computados como créditos a serem somados, ainda que desvinculados entre si; fragmentação e dicotomização do conhecimento; indução precoce à especialização; ensino-aprendizagem centrado no hospital universitário e dissociado do sistema de saúde; e um sistema de avaliação embasado na memorização da informação (p. 154 – grifo nosso).

Percebe-se que mesmo após publicações de Maranhão e Silva, em 2001, Albuquerque et al, em 2009, ainda salientavam sobre a fragmentação do conhecimento:

[...] a formação superior dos profissionais de saúde tem privilegiado a construção de conteúdos fragmentados em diversas disciplinas; e organiza-se em torno de relações de poder que colocam o saber do professor especialista em posição de destaque no processo de ensino-aprendizagem (ALBUQUERQUE et al., 2009, p. 262).

Tais autores apontam para as fragilidades do processo de ensino-aprendizagem. Nota-se que “as **metodologias de ensino** devem passar pelo crivo de quais fatores de exposição estão sendo proporcionados, pois não se aprende apenas por transmissão cognitiva – desse jeito, **apenas se memoriza**” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 90 – grifo nosso).

Dessa forma, percebeu-se a necessidade de ter um olhar mais elaborado e atencioso para a questão da interseção entre trabalho em saúde e educação da saúde. Pois “[...] é preciso levar em consideração a história, as condições emocionais, sociais, culturais e econômicas, que são parte e construção da saúde e da doença, **porém não são temas que compõem a base formadora**” (ROCHA, CENTURIÃO, 2007, p. 21 – grifo nosso).

Convém recuperar que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, formulado em 1946, começa alertar que **saúde era expressão do bem-estar físico, mental e social**. Portanto, o ensino teria de desapegar-se da biologia, como razão científica para a saúde, estabelecendo o intercruzamento com as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e com as determinações socioeconômicas (saúde e sociedade, saúde e história etc.) para uma **reforma da educação não apenas instrumental, mas de orientação político-pedagógica** (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 79 – grifo nosso).



No ano de 2010, tornou-se público o relatório intitulado *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World*. Tal relatório, sobre a educação dos profissionais de saúde para o século XXI, é resultado do trabalho realizado por 18 profissionais e acadêmicos de vários países e liderada por Julio Frenk e Lincoln Chen, o qual sinaliza para várias fragilidades do processo formativo:

A educação profissional não acompanhou esses desafios, **em grande parte devido à fragmentação, desatualização e currículos estáticos que produzem graduandos mal equipados**. Os problemas são sistêmicos: incompatibilidade de competências para necessidades do paciente e da população; mau trabalho em equipe; persistente estratificação de gênero da condição profissional; limitar o foco técnico sem compreensão contextual mais ampla; encontros episódicos em vez de cuidados contínuos; orientação hospitalar predominante às custas de atenção primária; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional; e liderança fraca para melhorar o desempenho do sistema de saúde. Esforços louváveis para lidar com essas deficiências na maioria das vezes fracassou, em parte por causa do chamado **tribalismo das profissões - ou seja, a tendência das várias profissões de agirem isoladamente ou mesmo em competição uma com a outra** (FRENK; CHEN, 2010, p. 1923 – grifo nosso).

Segundo Hora et al. (2013),

As dificuldades para organizar **propostas de formação** mais flexíveis e qualitativas são provocadas por vários fatores estruturais e conjunturais, entre os quais é possível citar a interferência das ações dos grupos corporativos e produtivos das redes de saúde; as lutas de poder nos espaços laborais; a inconsistência da qualidade dos processos formativos dos professores, pela insuficiência da infraestrutura dos espaços de aprendizagem e de articulação entre o ensino, o serviço e a gestão das atividades assistenciais à saúde (p. 473 – grifo nosso).

Entretanto, há indícios de alguns possíveis caminhos a serem seguidos, sendo que a **ação interdisciplinar** em saúde pode ser entendida como “uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado” (BRASIL, 2009a, p. 18).

Outro aspecto para tentar consolidar novas formas de ensino é:

[...] estimular a **compreensão dos determinantes** do processo saúde-doença e trabalhar a formação profissional a partir dos eixos da promoção da saúde, valendo-se de metodologias que envolvam ativamente os sujeitos do processo ensino-aprendizagem aplicadas a situações reais e simuladas, contribui para a atuação contextualizada, crítica e participativa do futuro profissional, voltada para a intervenção nesses determinantes, o estímulo à participação popular e o controle social (CHIESA et al, 2007, p. 238 – grifo nosso).

Outros achados também sustentam a necessidade de se abordar aspectos sociais e epistemológicos em metodologias interprofissionais:

Baseando-se nas metodologias interprofissionais, os alunos podem explorar semelhanças e diferenças em seus mundos de trabalho. Os  **cursos interprofissionais**  precisam abordar os aspectos sociais e epistemológicos do interprofissionalismo. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe e a gestão de conflitos dentro de uma compreensão das profissões e suas histórias. (BARR, 1998, p. 184 – tradução nossa – grifo nosso).

Entretanto, apesar das especificidades e fragilidades de cada profissão, o  **trabalho em equipe**  não deve ocorrer de forma desarticulada, pois frente às diferentes situações submetidas os profissionais de saúde, diminuiriam a potencialidade das respostas aos usuários, ficando evidente a necessidade da complementação das profissões, ou seja, do trabalho em equipe.

“Em alguns momentos, alguns profissionais podem até direcionar o trabalho pelas suas especificidades, mas  **o resultado final é produto da intensa relação pessoal e profissional que acontece no trabalho em saúde** ” (COSTA et al. 2018, p. 14 – grifo nosso).

No entanto, no trabalho em saúde há uma imprevisibilidade do resultado final, porque é marcado por fortes relações interpessoais. Nessa dinâmica,  **o usuário assume o papel de corresponsável**  também pelo resultado final. Precisamos de informações fornecidas pelo usuário,  **que ele reconheça seu protagonismo**  na tomada de decisões que melhorem sua qualidade de vida e saúde. Vale ressaltar que se trata de responsabilizar o usuário por sua saúde. Ele é corresponsável. Participa do processo de produção dos serviços de saúde (COSTA et al., 2018, p. 13 – grifo nosso).

Diante das imprevisibilidades do trabalho interprofissional e dos resultados dessas interações interpessoais, faz-se necessário a ampliação dos conceitos e vivências de educação em saúde para que possibilitem novas formas de abordagens para aprimorarem o desenvolvimento do trabalho em equipe, proporcionando a horizontalização e democratização do conhecimento.

Além disso,

Constata-se a necessidade de se voltar para os sentidos, os valores e os significados  **do que se faz e para quem se dirige nossa ação** . As questões de natureza ética e humana, relativas à formação, têm sido preteridas na sala de aula, não sendo articuladas metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidades no seu processo de formação. (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 88-89 – grifo nosso).

Caminhando no mesmo sentido, a teoria da educação crítica norteou a **construção do novo currículo**, relacionando-se à concepção dialética da realidade. Nela “o currículo é concebido a partir de suas relações com a estrutura social, a cultura, a ideologia e o poder; tendo como preocupação **entender a favor de quem o currículo trabalha** e como fazê-lo trabalhar a favor dos grupos e classes oprimidas”. (MOREIRA; SILVA, 1994, p. 16 – grifo nosso).

Desse modo, faz-se necessário estruturar e elaborar uma proposta curricular contra-hegemônica, na tentativa de se romper com a organização e execução de grades curriculares que intensificam a dicotomia entre teoria e prática, de modo que ensinam-se, primeiramente, os conteúdos teóricos e, posteriormente, indo para a realidade concreta de forma desarticulada, a favor de:

Uma educação emancipatória para a autonomia [que] requer uma formação cada vez mais significativa e consciente, durante toda a vida dos indivíduos. Reafirma-se aqui a importância da consistência do trabalho educativo numa perspectiva de democracia, conjunto e compromisso (FREIRE, 2011, p. 58).

Ou seja, a elaboração de conteúdos e práticas que enalteçam o trabalho em saúde como prática social privilegiada. Sendo assim, com base no esclarecimento de que os seres humanos, como sociedade, são resultados das relações que estabelecem entre si e para si, a solidariedade com o próximo, a autonomia para possibilitar a tomada de decisões participativas, a constante preocupação e o sentido de cuidar do outro, consolidam o projeto civilizatório de humanidade.

Desse modo, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, possibilitou, ao Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), a formulação de políticas indutoras dessa mudança. Entre elas, destacou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 (BRASIL, 2004, s/p).

De acordo com tal perspectiva,

[...] o PET-Saúde contribui como sendo uma das iniciativas indutoras da formação para o SUS, a partir da vinculação das Instituições de Ensino Superior (IES) aos serviços de saúde e da aproximação dos estudantes dos cursos de graduação da saúde, por meio da iniciação ao trabalho, à realidade do SUS (SILVA et al., 2015, p. 979).

Como mencionado pela Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010, são integrantes do PET Saúde:

I - o Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos e/ou Secretarias; II - o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESU); III - as Instituições de Educação Superior (IES), selecionadas por meio de editais próprios; IV - as Secretarias de Saúde; e V - os grupos PET-Saúde (BRASIL, 2010, s/p).

Nesse sentido, de acordo com a Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, o PET-Saúde:

[...] colabora ao contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, para a formação de profissionais de saúde com perfil apropriado às necessidades e às políticas de saúde do País, sensíveis ao adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira e, também, fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde (BRASIL, 2010, s/p).

Sendo assim, o PET-Saúde possibilita uma ampliação do olhar do estudante através do sistema público de saúde brasileiro, dos mecanismos de trabalho e das relações interpessoais, de forma a instigar uma visão crítica a respeito dos serviços de saúde e de sua formação.

Deste modo, no subcapítulo seguinte, trataremos do “Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde – PET-SAÚDE”.

## *2.1. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE*

Através da portaria interministerial número 1.802, de 26 de agosto de 2008, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008, s/p).

Desse modo, o PET-Saúde representa, para além dos inúmeros profissionais da área da saúde, como principalmente para os graduandos desta mesma área, uma possibilidade de vivência para/com a saúde pública.

O PET-Saúde se constitui em uma rica oportunidade de formação acadêmica em saúde pública para o graduando em EF, pois o programa tem por objetivo desenvolver atividades acadêmicas por meio do modelo de aprendizagem tutorial, de natureza coletiva e multiprofissional, de modo a contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País (SILVA, 2016, p. 88).

Como citado anteriormente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, possibilita ao graduando de Educação Física uma rica oportunidade de formação acadêmica em saúde pública, proporcionando o contato com outros profissionais da área da saúde, favorecendo a construção de um ambiente multiprofissional, onde se coloca em evidência o trabalho coletivo e que atendam às características e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

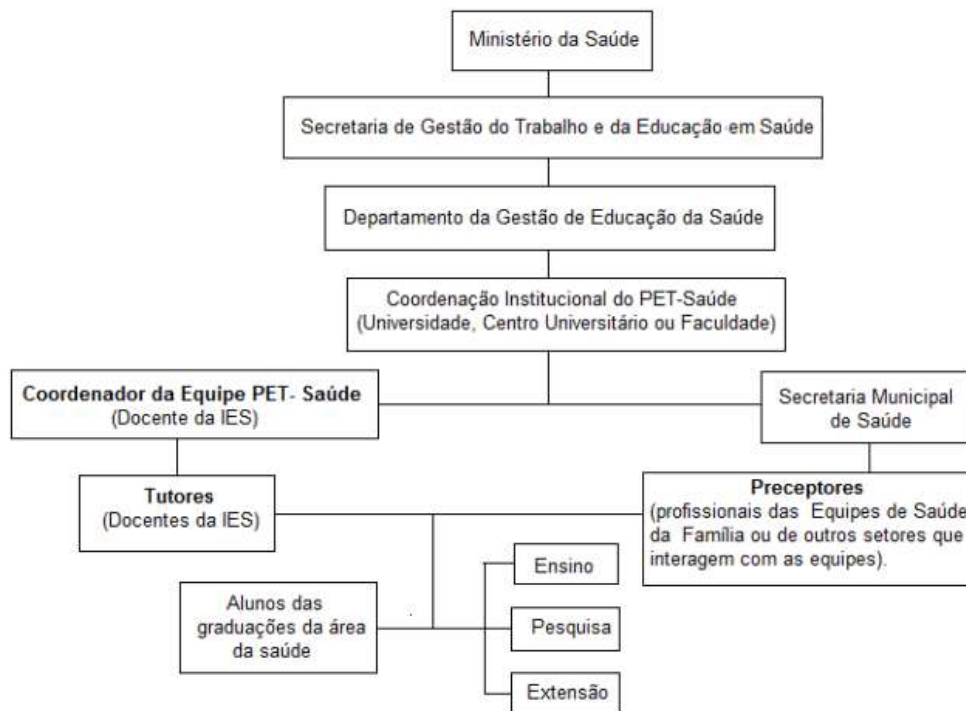
O PET Saúde é implementado e executado sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) (BRASIL, 2010).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade... o Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço (BRASIL, 2004, p. 6).

Desse modo, o DEGES representa um importante órgão responsável pela formulação das políticas relativas à formação e ao desenvolvimento dos profissionais da área da saúde.

A Figura 1, a seguir, exemplifica a estrutura organizacional do PET-Saúde.

Figura 1 – Estrutura organizacional do PET-Saúde.



Fonte: Silva (2016, p. 89).

O próximo tópico deste trabalho visa esclarecer sobre o “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade” (PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE) – programa estabelecido, conforme edital, para os anos de 2018 e 2019, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Instituição de Ensino Superior Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* São Carlos – SP, do Edital MS nº 10, de 23 de julho de 2018.

## 2.2. PET SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Para cada Programa é elaborado um edital a fim de se estabelecer os pontos a serem desenvolvidos entre os participantes. Desse modo, cada Programa enfatiza determinado aspecto a ser trabalhado, portanto, deve haver um “sobrenome” para tal. No caso, esse que participei chama-se “PET-Saúde /Interprofissionalidade São Carlos”.

Sendo assim, a seguir serão apresentadas algumas características da interprofissionalidade.

Uma das definições mais conhecidas sobre educação interprofissional em saúde foi elaborada pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional – CAIPE, do Reino Unido. “A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados” (CAIPE, 2002, p. 2).

Desse modo, a mensagem do CAIPE é aprender juntos para trabalhar juntos através das práticas colaborativas em Saúde. O ponto central desse conceito está na capacidade de aprender a colaborar uns com os outros.

No ano de 2010, o *The Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) divulgou uma definição próxima ao CAIPE, porém, possui algumas diferenças: “Educação interprofissional ocorre quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro e entre as disciplinas, a fim de obter conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde” (CIHC, 2010, p. 8).

Tal definição, traz um elemento que demonstra a diferença entre os dois conceitos, pois leva em conta que os conhecimentos, habilidades e valores para trabalhar com outros profissionais de saúde, devem ser desenvolvidos durante o processo formativo de cada uma das profissões e entre as diferentes categorias profissionais, havendo, também, a colaboração como um elemento presente nessa aprendizagem.

D’Amour e Oandasan (2005) definiram a interprofissionalidade como:

O processo pelo qual os profissionais refletem e desenvolvem formas de prática que fornece uma resposta integrada e coesa às necessidades do cliente / família / população [...] envolve interação contínua e compartilhamento de conhecimento entre profissionais, organizado para resolver ou explorar uma variedade de questões educacionais e de cuidados, ao mesmo tempo que se busca otimizar a participação do paciente [...] A interprofissionalidade requer uma mudança de paradigma, uma vez que a prática interprofissional tem características únicas em termos de valores, códigos de conduta e formas de trabalho. Essas características devem ser elucidadas (D’AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 9 – tradução nossa).

Destaco, nesta citação, o ponto que trata sobre a interprofissionalidade como um mecanismo que fornece uma resposta integrada e coesa para a população, salientando o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais para resolver as questões de cuidado.

Em 2009, várias Associações de Faculdades Americanas, como as escolas americanas de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Saúde Pública, que constituem a Associação Nacional de Educação, fundaram o Centro de Educação Interprofissional Colaborativa (IPEC), que tem como objetivo “promover e encorajar os esforços que promovam experiências de aprendizagem interprofissionais significativas para ajudar a preparar os futuros profissionais para os cuidados em equipe” (IPEC, 2011, p. 45).

Vale ressaltar que a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade representam uma relação de interdependência, com interação marcada pela colaboração entre os diferentes domínios, em torno de um objetivo em comum.

Educação interprofissional (IPE) é definida como uma intervenção onde os membros de mais de uma profissão de saúde ou assistência social, ou ambos, aprendem interativamente juntos, para o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde / bem-estar dos pacientes / clientes, ou ambos (REEVES et al., 2013, p. 4 – tradução nossa).

Assim sendo, a aprendizagem interprofissional deve ser valorizada para a formação de competências para potencializar a efetividade do trabalho em equipe, se mostrando favorável para o exercício da colaboração como aspecto diferencial no trabalho em saúde.

As informações a seguir, relacionadas aos subcapítulos “2.2.1. - DAS VAGAS”, “2.2.2. - DOS OBJETIVOS” e “2.2.3. - DAS BOLSAS”, foram retiradas da “chamada número 001/2018 - habilitação de estudantes bolsistas para compor o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Interprofissionalidade – 2018/2019” (Edital Pet-Saúde/UFSCar), conforme consta no Anexo 1.

### *2.2.1. DAS VAGAS*

Foram oferecidas 30 (trinta) bolsas para estudantes, e 5 vagas para voluntários para o curso de gerontologia, distribuídas da seguinte maneira:



Quadro 1: Cursos elegíveis e os respectivos semestres, com a discriminação do número de bolsas disponíveis para o PET-Saúde / Interprofissionalidade São Carlos:

CURSO	NÚMERO DE VAGAS	SEMESTRE
EDUCAÇÃO FÍSICA	05 bolsas	3º ao 6º
ENFERMAGEM	05 bolsas	1º ao 9º
FISIOTERAPIA	05 bolsas	1º ao 5º
GERONTOLOGIA	05 (voluntários)	3º ao 6º
MEDICINA	05 bolsas	1º ao 4º
PSICOLOGIA	05 bolsas	3º ao 8º
TERAPIA OCUPACIONAL	05 bolsas	3º ao 6º

Fonte: Edital Pet-Saúde Interprofissionalidade – 2018/2019.

Desse modo, o *PET-Saúde Interprofissionalidade*,

Realiza-se como educação interprofissional, onde estudantes de diferentes formações e que estão em diversos períodos em suas graduações, mediados por professores de várias formações e profissionais dos serviços, aprendem e interagem em conjunto visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades. Valoriza o trabalho em equipe, a integração e as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2013, s/p).

Portanto, o *PET-Saúde Interprofissionalidade* é um programa que possibilita o contato direto entre estudantes de diferentes cursos da área da saúde, de diferentes períodos letivos (semestre) e diferentes profissionais da mesma área, favorecendo uma rica troca de experiências.

### 2.2.2. DOS OBJETIVOS

São objetivos do *PET Saúde Interprofissionalidade*:

**I** - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de **ordenador da formação de profissionais de saúde** por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; **II** - **estimular a formação de profissionais e docentes** de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; **III** - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem

tutorial de **natureza coletiva e interdisciplinar**; **IV** - contribuir para a **implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais** dos cursos de graduação da área da saúde; **V** - contribuir para a **formação de profissionais de saúde** com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; **VI** - **sensibilizar e preparar profissionais de saúde** para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; **VII** - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de **promover a qualificação da atenção à saúde** em todo o território nacional; e **VIII** - fomentar a **articulação ensino-serviço-comunidade** na área da saúde (BRASIL, 2010, s/p – grifo nosso).

A partir dos objetivos estabelecidos para o *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, podemos perceber a dimensão desse projeto, o qual busca colaborar com a formação de profissionais da saúde de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais e, também, as necessidades exigidas pelo SUS, proporcionando um ambiente coletivo e interdisciplinar, estimulando a transição entre ensino-serviço-comunidade.

### 2.2.3. DAS BOLSAS

Em relação às bolsas, o Ministério da Saúde, através do *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, as oferece nas seguintes modalidades:

**I - iniciação ao trabalho**, destinada a estudantes regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior (IES) integrantes do PET Saúde, com o objetivo de desenvolver vivências e produzir conhecimento relevante em áreas prioritárias na produção da saúde; **II - tutoria acadêmica**, destinada a professores das IES integrantes do PET Saúde que orientem as vivências em serviço e produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da saúde; e **III - preceptoria**, destinada a profissionais pertencentes aos serviços de saúde que realizem orientação em serviço a estudantes participantes do Programa (BRASIL, 2010, s/p – grifo nosso).

A partir da estrutura apresentada do *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, podemos considerar que “o PET-Saúde é uma inovação pedagógica que agrega os cursos de graduação da área da Saúde e fortalece a prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada” (BRASIL, 2013, s/p). Sendo assim, uma ferramenta com grande potencial de aprendizado em aspectos sociais, políticos, teóricos, metodológicos e educacionais.

No próximo capítulo, trataremos da “Educação Física como Área da Saúde Pública”.

### 3. A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA

Segundo Bagrichevsky (2007), foi na década de 1980 que emergiu na Educação Física um movimento intelectual crítico que utilizava o termo aptidão física para discutir a saúde, e:

Apesar dos referenciais teóricos incorporados das ciências sociais, não houve nem uma só voz na educação física, na época, que colocasse sob suspeita as dimensões exclusivamente individualistas às quais se reportava o “paradigma” da aptidão física. Não foi publicado um só texto, no período, que analisasse o descarte sociológico/coletivo que tal perspectiva incitava (BAGRICHEVSKI, 2007, p. 39).

Desse modo, escancaram-se as fragilidades curriculares e estruturais da Educação Física como área da saúde pública, o qual se remete à necessidade de mudança de rumo no que se refere à formação do futuro profissional da saúde, principalmente da Educação Física.

Nessas, evidenciou-se a necessidade de aproximação da formação às demandas do trabalho em saúde, sobretudo em função da ausência de conteúdos, disciplinas, estágios e outras vivências no campo da saúde coletiva. O descompasso entre formação acadêmica e demandas do mercado de trabalho é observado em todas as profissões da saúde, inclusive na Educação Física, caracterizando-se pela fragmentação do conhecimento, priorização do caráter biológico e reprodução de práticas prescritivas focadas na doença, protocolos e procedimentos (GUARDA et al., 2014, p. 70).

Desse ponto, percebe-se a necessidade de se pensar em outras formas de ensinar e intervir em saúde, procurando dar ênfase para o coletivo, o público e o social, entretanto, sem romper com os saberes e práticas já acumulados, “de modo que quaisquer tensões sejam saudáveis à medida que os ‘encontros’ entre as fronteiras do conhecimento produzam condições de saúde e vida melhores para as populações” (CARVALHO, 2005, p. 98).

Em 1997, com o Parecer 215/87 e com a Resolução 3/87, além da formação do licenciado em Educação Física, surge, legalmente, a possibilidade do bacharel na área (RAMOS, 1995). Com isso, o profissional de educação física passou a ser considerado “oficialmente” um profissional da área da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997), ratificando assim, de forma mais evidente, a possibilidade deste profissional fazer parte de uma equipe multiprofissional de saúde. Tal resolução tem como pressuposto de que saúde é um direito de todos, destacando a integralidade da atenção à saúde e a participação social como questões fundamentais neste processo. Reforça também a importância da ação interdisciplinar e, por consequência, reconhece 13 categorias profissionais de ensino superior como profissões da área

da saúde. São elas: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

Assim sendo, consolida-se o reconhecimento das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior da área da saúde, e a importância da ação interdisciplinar neste âmbito.

Observando o texto da Lei nº 9.696/1998 que regulamenta a profissão de educação física, e também, o Estatuto do Conselho Federal de Educação Física, é possível verificar alguns aspectos que comportam características de competências inerentes ao profissional de educação física para atuar junto ao sistema público de saúde (CONFEEF, 1998, s/p):

Art. 8º - compete exclusivamente ao Profissional de Educação Física [...] participar de equipes multidisciplinares.

Art. 9º - O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – [...] lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, sendo da sua competência prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento físico/corporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, [...] da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente [...].

Art. 10 - O Profissional de Educação Física intervém segundo propósitos de promoção, proteção e reabilitação da saúde [...] (CONFEEF, 1998).

Um marco importante para estimular uma participação ainda maior do profissional de Educação Física no desenvolvimento de ações vinculadas ao contexto do SUS foi a aprovação, no ano de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A temática prática corporal/atividade física foi escolhida como um das áreas prioritárias desta política que tem como objetivoprincipal:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p. 17).

Mais recentemente, a Lei de nº 12.864, publicada em 24 de setembro de 2013, altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 2013c).

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013c, p. 1).

Sendo assim, podemos afirmar que já é fato que a Educação Física tem seu lugar no contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS), contudo, discutir, propor e levantar as competências profissionais nessa área, na perspectiva do trabalho multiprofissional, desenvolvendo ações de tratamento, reabilitação, prevenção e, essencialmente, promoção da saúde, ainda demanda grandes esforços articulados.

[...] há necessidade de resgatar a autonomia do sujeito tido como “paciente”, estimulando-o a uma participação ativa no processo de lidar com sua saúde. Sugerimos que considerar a atividade física como uma prática corporal orientada pelas necessidades individuais e implementada de acordo com as realidades locais, alinhada com os princípios da atenção primária à saúde, pode ser uma ferramenta-chave ao lidar com o indivíduo portadores de DAC (BARBOSA, 2006, p. 130).

Entretanto, como citado anteriormente, na “prática corporal orientada pelas necessidades individuais” (BARBOSA, 2006, p. 130), assume-se a restrição de trabalhar com grupos pautados pela necessidade individual, possibilitando o afastamento ou até mesmo o desinteresse por parte de outros potenciais pacientes, pelo fato de se sentirem “doentes”, evidenciado pelo problema de saúde pessoal.

Desse modo, segundo Coutinho (2011),

Consideramos que este material ainda necessita de investimento no sentido de promover uma discussão ampliada sobre o mesmo, pois demonstra uma visão biomédica, curativa e reducionista do processo saúde-doença quando: concentra esforços, relativamente maiores, para as ações voltadas ao enfoque na doença ou nos benefícios biológicos; não contempla, na discussão, estudos que analisam a relação educação física e saúde, a partir da incorporação de referenciais das ciências sociais em saúde, da saúde pública e da saúde coletiva; concentra um direcionamento maior para os processos avaliativos que enfatizam parâmetros fisiológicos, em detrimento de uma maior consideração dos determinantes sociais de saúde; e, não indica a necessidade de ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos usuários em relação a sua saúde (p. 48).

Este conceito é compreendido a partir de “olhares” advindos das ciências humanas, sociais, das artes, da filosofia, dos saberes populares, e também das ciências biológica e naturais, com potência para valorizar as iniciativas com foco na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na integralidade da atenção, componentes estes que são primordiais para se pensar o trabalho em saúde na ABS.

o processo de construção da competência, ao se basear em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo, com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado, [...] implica rupturas tanto na dinâmica interna dos espaços institucionais voltados a esse tipo de formação, como também na própria dinâmica dos demais espaços sociais em que esse indivíduo atua como cidadão. Tais rupturas tendem a produzir novas possibilidades à construção da cidadania (DESAULNIERS, 1997, p. 52-53).

Freitas, Brasil e Silva (2006) apresentam os princípios, tomando por base um referencial sociocultural, permitindo enxergar as práticas corporais na direção dos princípios da Atenção Básica à Saúde, os quais nortearam o desenvolvimento das ações do profissional de Educação Física no contexto do sistema público de saúde:

privilegiar o sujeito (doente ou não) em vez da doença; lidar com os diferentes conteúdos da cultura corporal de movimento e não apenas aqueles tradicionalmente reconhecidos como “eficazes” para promover saúde; tratá-los de maneira pedagógica e dar espaço para discussão de temas de interesse do grupo; envolver e co-responsabilizar os sujeitos nas atividades, por meio de um trabalho coletivo, que considerasse o conhecimento das pessoas e a troca de experiências; favorecer a autonomia e trabalhar com a promoção da saúde e a clínica, de forma complementar e não excludente (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006, p.177).

Sendo assim, é necessário colocar em evidência, antes de qualquer abordagem, o ser humano como todo ao invés de limitá-lo como usuário, fato que reduzirá as possíveis formas de se elaborar um plano de ação, de forma que ambos (profissional da saúde e usuário) não terão a chance de trabalharem juntos. Portanto, é preciso possibilitar “dar voz” ao sujeito, para que assim, o profissional de saúde tendo conhecimento de sua história, vivências e experiências, possa proporcionar a promoção de saúde de forma complementar e não excludente.

Tendo apresentado “a educação física como área da saúde pública” e salientando a necessidade de se pensar em outras formas de ensinar e intervir em saúde, a seguir, trataremos da “Trajetória Metodológica”, que norteou esta pesquisa.

#### 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Considerando que o objetivo deste trabalho é analisar as perspectivas de um graduando/bolsista de Educação Física na rede de saúde pública de São Carlos, por meio do *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, essa pesquisa utilizou a abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa também é denominada naturalista “[...] porque o investigador frequenta os locais em que naturalmente se verificam os fenômenos nos quais está interessado, incidindo os dados recolhidos nos comportamentos naturais das pessoas” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 17) e em suas respectivas interações com o meio e demais pessoas, onde constroem seus repertórios de significados.

O estudo qualitativo “está direcionado a desenvolver conhecimento ideográfico, com a finalidade de buscar significados entre os objetos estudados” (NEGRINE, 1999, p.61).

Os métodos de investigação qualitativa pressupõem uma abordagem diferenciada também no que se refere à elaboração e utilização dos instrumentos de coleta de informações. O destaque principal é que na pesquisa qualitativa se trabalha com *informações*, ao passo que na pesquisa quantitativa se trabalha com *dados numéricos*, que são quantificados através de diferentes modelos matemáticos. Em síntese, a pesquisa qualitativa tem como pressuposto científico manipular informações recolhidas, descrevendo e analisando-as, para num segundo momento interpretar e discutir à luz da teoria, ao passo que na pesquisa quantitativa, a partir da quantificação dos dados recolhidos, se serve de modelos matemáticos para descrever, analisar, interpretar e discutir os achados (NEGRINE, 1999, p.62).

Em outras palavras, quando estão presentes a não generalização dos resultados, a não neutralidade dos instrumentos e a subjetividade do pesquisador no processo de compreensão dos dados, estará presente a dimensão qualitativa de pesquisa, sendo assim, “[...] as perguntas que eu faço no meu instrumento estão marcadas por minha postura teórica, meus valores, minha visão de mundo. Ao reconhecer essas marcas da subjetividade na pesquisa, eu me distancio da postura positivista” (ANDRÉ, 1995, p. 21).

De acordo com o percurso do processo formativo, envolvendo desde o acompanhamento das visitas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na cidade de São Carlos, proporcionada pela disciplina “Educação Física na Atenção Primária em Saúde”, oferecida pelo Departamento de Educação Física e Motricidade Humana (DEFMH) e, posteriormente, a participação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (*PET-Saúde/Interprofissionalidade*) – São Carlos, possibilitaram o contato com a rede pública de saúde, que instigaram expor as próprias experiências vividas e os significados a elas estabelecidos

“visto que se trata de conhecer e compreender os significados que cada um atribui ou atribuiu em cada período da sua existência aos acontecimentos e situações que viveu” (JOSSO, 2010b, p. 68).

Nesse sentido, vale ressaltar que esse trabalho se delimita às vivências no *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, o qual participei ativamente como aluno bolsista, representando o curso de bacharelado em Educação Física, do citado programa, no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, completando 10 meses (anexo 6).

As narrativas como sendo atos de significação, onde são extraídos o valor, a compreensão de mundo, as experiências, recordações e tudo aquilo que pode ser interpretado pelo sujeito pesquisado e o pesquisador, este momento é o da valorização da linguagem nos processos biográficos e o dar sentido ao texto narrativo.

Os autores, em suas reflexões sobre as dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto) biográfica, fortalecem perspectivas que permitem envolver em redes de significações o social e o individual, a razão e a emoção [...] mais propícias às características da “modernidade líquida”, sujeita a lidar com fenômenos emergentes em sistemas complexos de relações (ABRAHÃO; PASSEGGI, 2012, p. 25).

O processo de desenvolver a narrativa possibilita um reconhecimento, pelos sujeitos que narram, das escolhas feitas a partir daquilo que aprenderam através de experiências ao longo da vida, em um constante conflito com os aspectos históricos.

[...] esse modo de reconsiderar o que foi a experiência oferece a oportunidade de uma tomada de consciência do caráter necessariamente subjetivo e intencional de todo e qualquer ato de conhecimento, e do caráter eminentemente cultural dos conteúdos dessa subjetividade, bem como da própria ideia de subjetividade (JOSSO, 2010a, p. 41).

Desse modo, proporcionando ao sujeito o ato de refletir sobre si e seu processo formativo, poderá, a partir de novas perspectivas de reconhecimento e tomada de consciência, elaborar outras perspectivas sobre sua trajetória educativa. Como cita Josso (2004):

[...] a narrativa de vida não tem em si poder transformador, mas, em compensação, a metodologia de trabalho sobre a narrativa de vida pode ser a oportunidade de uma transformação, segundo a natureza das tomadas de consciência que aí são feitas e o grau de abertura à experiência das pessoas envolvidas no processo (JOSSO, 2004, p. 153).

O estudo de autobiografias pode representar um recurso metodológico valioso para investigações, pois tais narrativas expressam um conjunto de significados construídos



culturalmente pelo sujeito, o qual traz as marcas dos traços históricos e culturais vivenciados pela pessoa numa determinada época e sociedade.

Moita (1995) considera a pesquisa autobiográfica a metodologia com potencialidades de diálogo entre o individual e o sociocultural, pois "põe em evidência o modo como cada pessoa mobiliza seus conhecimentos, os seus valores, as suas energias, para ir dando forma à sua identidade, num diálogo com os seus contextos" (p. 113).

Também para Bakhtin (1992), a narrativa autobiográfica tem a função de organizar as experiências vividas e dar sentido à própria vida:

O valor biográfico pode ser o princípio organizador da narrativa que conta a vida do outro, mas também pode ser o princípio organizador do que eu mesmo tiver vivido, da narrativa que conta a minha própria vida, e pode dar forma à consciência, à visão, ao discurso, que terei sobre a minha própria vida (p. 166).

Segundo explicação de Bruner e Weisser (1995):

O ato de elaboração da autobiografia, longe de ser a "vida" como está armazenada nas trevas da memória, constrói o relato de uma vida. A autobiografia, em poucas palavras, transforma a vida em texto, por mais implícito ou explícito que seja. É só pela textualização que podemos "conhecer" a vida de alguém. O processo da textualização é complexo, uma interminável interpretação e reinterpretação (p. 149).

Para efeito desse estudo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados o Memorial Descritivo (MD), o qual "se refere aos fenômenos da consciência, isto é, retrata, sempre, as formas de pensar de um indivíduo diante de situações vivenciadas. Sempre se relaciona a uma experiência passada" (NEGRINE, 1999. p. 87).

Ainda de acordo com o autor,

É, antes de mais nada, o registro da forma de pensar sobre si mesmo, da forma de atuar, de ser e estar no mundo, de como analisa os acontecimentos vivenciados. Enfim, é a descrição de situações vivenciadas, das relações intra e interpessoais. Nesse sentido, o memorial é sempre revestido de subjetividade e de contradições (NEGRINE, 1999, p. 88).

Desse modo, para efeito de estudo, vale ressaltar que o MD elaborado se delimitou ao período de permanência no *Pet-Saúde Interprofissionalidade*, conforme indicado anteriormente, o qual participei ativamente como aluno bolsista, representando o curso de

bacharelado em Educação Física do citado programa, no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, completando 10 meses.

Desse modo, tratando-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, estão presentes, neste trabalho, o desenvolvimento do processo de inúmeras interações com o meio em que se teve contato e, também, com as pessoas presentes nesse meio, o que possibilitou a construção de diversos significados. Sendo assim, esse estudo é fruto das experiências e das recordações vivenciadas, atribuindo a subjetividade do pesquisador no processo de compreensão dos dados.

## 5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, apresentarei, analisarei e discutirei os dados coletados e elaborados, através do memorial descritivo (MD).

Importante salientar sobre as dificuldades de se realizar uma análise a partir de dados coletados anteriormente à pesquisa, pois pode acontecer de tais dados serem insuficientes para estabelecer alguma conclusão. “Quando chegamos à fase de análise de dados, podemos pensar que estamos no final da pesquisa. No entanto, podemos estar enganados porque essa fase depende de outras que a precedem” (GOMES, 2004, p.67).

Outro ponto importante caracterizado como obstáculo para a análise dos dados é tirar conclusões precipitadas, como se determinado assunto estivesse nítido aos olhos do pesquisador. “Quanto maior for a familiaridade que o pesquisador tenha em relação àquilo que ele está pesquisando, maior poderá ser sua ilusão de que os resultados sejam óbvios numa primeira visão” (GOMES, 2004, p.68).

Nesse sentido, a análise dos dados dessa pesquisa ocorreu em um momento posterior à coleta das informações e elaboração do memorial descritivo, de modo que possibilitasse a flexibilidade das interpretações do material analisado, conforme sugere Negrine (1999):

É comum encontramos posições que sugerem que, na pesquisa qualitativa, devemos definir as categorias de análise antes de iniciar a coleta de informações. Essa abordagem não pode servir como regra geral, visto que, dependendo dos objetivos do estudo, ao definir por antecipação as categorias de análise, fechamos o estudo a outros achados que podem surgir no decorrer do processo. Nesse sentido, entendemos que há estudos qualitativos nos quais as categorias devem ser definidas e redefinidas no decorrer do próprio processo investigatório, pois é a flexibilidade da pesquisa qualitativa que marca a diferença com os modelos quantitativos (NEGRINE, 1999, p.98).

Entretanto, como forma de tentar preservar as primeiras impressões, consideradas as mais relevantes em cenário de prática, no momento de elaboração do material e, posteriormente, do memorial descritivo, julguei importante não alterá-las, a fim de que, com o decorrer da análise, pudesse dar espaço e oportunidade, caso surgissem, para outros assuntos considerados pertinentes para o estudo.

Desse modo, a fim de agrupar elementos para analisar o conteúdo dos dados obtidos, primeiramente foi necessário fazer uma decomposição do conjunto da mensagem, ou

seja, fracionar a parte do todo, de modo que sejam estabelecidas as unidades de registros. Tais unidades podem ser representadas por diversas configurações.

Podemos utilizar a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras de um texto ou com apenas algumas que são destacadas de acordo com a finalidade do estudo. A frase ou a oração também são outros exemplos de unidade de registro. Outra unidade é o tema que se refere a uma unidade maior em torno da qual tiramos uma conclusão. Esse tipo de unidade é uma das modalidades mais utilizadas por aqueles que empregam a análise de conteúdos (GOMES, 2004, p.75).

Uma vez estabelecidas as unidades de registros, podem ser definidas unidades de contexto, configurando uma referência mais ampla. Considerando as unidades de registros e as unidades de contexto escolhidas, a seguir, apresento a análise dos dados.

Como mecanismo de estruturação para trabalhar e, posteriormente, explorar as análises dos dados desse trabalho, me apropriarei das *categorias*, as quais são impostas como ferramenta para tentar estabelecer classificações.

Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (GOMES, 2004, p.70).

Desta forma, a partir da releitura do MD, dos dados coletados e agrupados, as categorias de análise criadas foram:

1. *Fragilidades Curriculares/Estruturais da Educação Física como Área da Saúde Pública;*
2. *PET-Saúde Interprofissionalidade: Algumas Fragilidades;*
3. *PET-Saúde Interprofissionalidade: Potencialidades*

### **5.1. FRAGILIDADES CURRICULARES/ESTRUTURAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA**

Um aspecto ainda muito frágil e, de certa forma, deficitário, é o processo formativo com ênfase para possíveis atuações na área da saúde pública.

A **formação** no campo da saúde encontra-se em crise, o ensino é descontextualizado, com ênfase nos conteúdos, sendo esses operacionalizados de uma forma tradicional. Para aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população é necessário superar o paradigma “conteudista” predominante (CHIESA et al, 2007, p. 237 – grifo nosso).

Assim como nos demais cursos da área da saúde, o curso de Educação Física da UFSCar, também apresenta as disciplinas biológicas como as primeiras ofertas no início do curso, inclusive no primeiro semestre, o qual o aluno recém ingressado, já está pré-inscrito na disciplina de “Anatomia” e “Biologia”, por exemplo. Não sendo, portanto, uma opção do estudante no início de seu processo formativo. Dando continuidade nessa ênfase dos conteúdos, no segundo semestre são ofertadas as disciplinas de “Anatomia do aparelho locomotor” e “Bioquímica”. No terceiro semestre, são ofertadas as disciplinas de “Cinesiologia” e “Fisiologia”. No quarto semestre, são ofertadas as disciplinas de “Crescimento e desenvolvimento” e “Fisiologia do exercício”. Percebe-se, portanto, que os primeiros semestres do curso de Educação Física da UFSCar são operacionalizados de forma tradicional/convencional e muito distante das reais necessidades do sistema público de saúde.

Nos cursos de formação em saúde observa-se, como consequência e em regra, que as **disciplinas biológicas ocupam as primeiras ofertas nos currículos, antes que o estudante compreenda os sentidos ou uma história e subjetividade dos sintomas e sinais de adoecimento** (anatomia e fisiologia distantes da semiologia, por exemplo). Nas disciplinas de anatomia estuda-se e toca-se o corpo morto, aprendendo do corpo seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Sem referências a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física, registra-se no imaginário técnico-científico da saúde um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir. O estudante observa, toca, analisa e discute a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica, em detrimento dos afetos, das implicações e das inscrições da experiência de viver. Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando e formando a partir de um olhar – quando existem inúmeras possibilidades e, nesse sentido são olhares (no plural) – fixo, focado num corpo inerte, anistórico e descontextualizado da vida. (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 72 – grifo nosso).

Ceccim e Carvalho (2006) reforçam a ideia de que somente nos semestres finais do curso que o estudante terá oportunidades de “contatar o corpo vivo”, tornando-se uma formação distante das necessidades do serviço público de saúde. Desse modo, não diferente do curso de Educação Física da UFSCar, nos semestres finais são ofertadas disciplinas como “Comunicação e expressão”, “Educação física: educação e saúde”, “Educação física adaptada”, “Educação física na atenção primária em saúde”, “Pesquisa qualitativa” e “Fundamentos das atividades

expressivas”, além dos estágios supervisionados. Portanto, mostra-se a fragilidade e o distanciamento das disciplinas iniciais do curso com as necessidades da atenção primária em saúde.

Em muitos processos de formação em saúde, **somente ao final dos cursos o estudante vai contatar o corpo vivo**, por meio dos estágios supervisionados, internatos e treinamento clínico, cujas consequências resultam numa formação distante ou pouco atenta à construção de práticas cuidadoras, já que o corpo vivo carrega história e marcas de vida: dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e culturas. Para o usuário, **essa situação se torna profundamente danosa** porque, quando vai ser atendido, é acolhido ou assistido por meio daquele conhecimento dos primeiros anos, que está desvinculado da dinâmica das relações e que organiza um olhar e uma prática da dissecação do corpo em sinais e sistemas orgânicos, e não pela escuta ou sob contato com a alteridade (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 72-73 – grifo nosso).

“Tal posição dos estágios nas estruturas curriculares acaba reforçando a ideia de um modelo de racionalidade técnica que dominava os processos de preparação profissional no CCBS/UFSCar” (RAMOS, 2002, p. 95).

Esse distanciamento das relações interpessoais determina uma fragmentação do conhecimento, o qual é uma marca da “abordagem clássica do ensino”, conforme Pinheiro e Ceccim (2006).

A abordagem clássica do **ensino na saúde** é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Marca-se uma história do ensino **centrada nos conteúdos biomédicos**, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica. Essa abordagem clássica centra as oportunidades de aprendizagem no hospital universitário, adota sistemas de avaliação por quantificação cognitiva (acumulação de informação técnico-científica padronizada) e incentiva a especialização precoce, perpetuando modelos tradicionais de prática, apresentados como ideais (p. 20 – grifo nosso).

Desse modo, tais “modelos ideais” reforçam ainda mais à **reprodução dos referenciais técnico-científicos** acumulados pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional **que à construção singular do conhecimento** (pertencimento àquele que aprende, por interação e prática social), dissociam o conhecimento em áreas básicas e áreas da clínica, privilegiam os procedimentos técnicos e se sustentam na relação vertical professor-alunos.

[...] as limitações do modelo de racionalidade técnica [...] residem no reducionismo do papel do professor e dos problemas da prática como sendo prioritariamente técnicos. Ainda que se considere esse modelo como predominante nos cursos de formação, deve-se atentar para a não homogeneidade dessa orientação em todas as disciplinas constitutivas do currículo (GUARNIERI, 2000, p. 9- 10).

Percebe-se, na vigência desses modelos, “a ausência de estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 48).

A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita de saberes, “são quase que programaticamente **opostas àquelas ideias que podem ser agregadas aos saberes e práticas de integralidade**” (CAMARGO JR. 2003, p. 38 – grifo nosso).

Sendo assim, percebe-se a necessidade de reorganizar as formas como são ofertados os estágios no curso de Educação Física, visto como um importante papel preparatório

No que se refere aos estágios curriculares na preparação profissional em Educação Física, significa dizer que eles não devem ser encarados mais como um produto final que deva ser alcançado pelo curso de graduação, pelo profissional da área ou pelos alunos-estagiários mas, sim, como processo, desde os anos iniciais do curso de graduação, desta importante etapa preparatória (RAMOS, 2002, p. 101).

Reforçando a necessidade de reorganização dos estágios,

Neste sentido, os estágios curriculares devem ser caracterizados por diversos momentos ao longo de toda a estrutura curricular, onde o graduando deverá ter contato com o cotidiano da profissão – entendido aqui como fonte riquíssima de informação e conhecimento – e, com isso, a aquisição de saberes pouco valorizados nos processos de preparação profissional (RAMOS, 2002, p. 101).

Corroborando com o estudo, no que diz respeito ao futuro profissional de Educação Física,

Ao nosso ver, a preparação profissional em educação física está enfatizando demasiadamente a transmissão de procedimentos didático-pedagógicos pré-estabelecidos em forma de sequências pedagógicas presas ao passado, rígidas e muitas vezes inadequadas. Em outras palavras, as famosas “receitas” ou “**fórmulas mágicas**” de ensino estão sendo transmitidas sem uma análise profunda e séria dos princípios ou conhecimentos em que elas se fundamentam (TANI, 1992, p. 63 – grifo nosso).

Vale indicar que, apesar do texto de Go Tani ser de 1992 (quase 30 anos!), pouca coisa mudou de lá até hoje, em termos de a estrutura biológica ser ofertada no começo do curso e o restante, relacionadas às ciências humanas, no final. Intrigante o fato de Tani (1992) mencionar que a preparação do profissional em Educação Física, em relação às sequencias pedagógicas, estão “presas ao passado”, sendo que, decorridos quase 30 anos, ainda pode-se perceber essa rigidez “didático-pedagógica”.

Desse modo,

[...] não se pode mais, pura e simplesmente, continuar reproduzindo modelos e atitudes que, se foram importantíssimas e fundamentais em um determinado momento de nossas histórias (das áreas da Educação Física, das preparações profissionais em nossa área, dos mercados de trabalhos), hoje e sem ignorá-las, é necessário superá-las e apontar outros caminhos que levem a compreensões mais amplas e aguçadas daquilo que se pretende para essa profissão (RAMOS, 2002, p. 31).

Nesse sentido, a preparação do estudante como futuro profissional de educação física na UFSCar, com possibilidade de atuação na área da saúde pública, ainda é insuficiente, limitando a compreensão das reais necessidades dos serviços públicos de saúde.

Nesse caso, nos deparamos sim com um modelo de **formação** em educação física tendencioso e insuficiente, que dificulta a compreensão da realidade social que nos circunda nos microespaços do dia-a-dia e ainda insinua, permissivamente, uma visão distorcida da mesma, retratada pela influência dos modismos efêmeros que a mídia impulsiona de forma persuasiva (BRAGRICHEVSKY, 2007, p. 37).

Marginalizar potenciais perspectivas, deixando-as de fora em propostas curriculares da educação física pode ser, de fato, uma perda substancial, sobretudo **se a área pretender inserir-se de forma definitiva nas práticas de saúde do SUS**.

Nesse momento, retomo o MD, pois a educação física, apresenta-se ainda distante dos serviços de saúde pública, como citado a seguir

[...] foi apresentado os serviços da UBS “Felicidade”, composto por enfermagem, fisioterapia, obstetrícia e ginecologia, clínica médica, odontologia, pediatria, psicologia, terapia ocupacional e nutrição (MD, p. 6).



Desse modo, percebemos a ausência do profissional de Educação Física na relação das profissões atuantes na área da saúde pública. Tal ausência causa certo “estranhamento” nas pessoas, como mencionado nesse trecho do MD:

Quando falei que era do **curso de Educação Física, ela achou um pouco “diferente”**, para não falar estranho, pois não lembrava ter recebido profissionais de educação física naquela unidade. (MD, p. 16 – grifo nosso).

A **formação** curricular é importante, porém, “a condição que permite nos diferenciar na qualidade do serviço e do atendimento em saúde se constrói no dia-a-dia do convívio e do trabalho no serviço” (CARVALHO, 2006, p. 34).

Desse modo, pretende-se dar “voz” aos próprios atores (profissionais de educação física) que têm atuado neste lócus da atenção básica à saúde, dando a oportunidade para que eles expressem quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para uma atuação profissional de forma contextualizada.

A formação do profissional de educação física muitas vezes não oferece suporte para a ampliação das práticas de saúde porque os municípios, na sua maioria, ainda não inseriram o profissional de educação física nas equipes de saúde, o que dificulta o acesso dos alunos a estes ambientes de estágio (PAULO, 2013, p. 43).

Um exemplo desse cenário, ainda que incipiente, é a presença de uma única profissional de Educação Física atuando na rede de saúde pública da cidade de São Carlos, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.

Essa questão avigora o papel dos municípios na articulação e cooperação com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde (PAULO, 2013, p. 43).

Segundo Coutinho (2011),

[...] o profissional de educação física deve pautar suas ações por uma atitude de humanização, considerando o outro que pode ser o profissional de equipe de saúde ou o usuário, a partir do **entendimento de suas diferenças e limites**, abrindo espaço para o diálogo, valorizando a escuta, de modo a compreender as necessidades de saúde do indivíduo e da população e entendendo que estas necessidades são influenciadas por determinantes sociais de saúde (p.154 – grifo nosso).

Uma das dificuldades encontrada pelo **profissional de educação física** em desenvolver suas intervenções de forma contextualizada no setor da saúde é a constatação de que sua **formação** em nível superior não o preparou de forma condizente, para sua atuação no sistema público de saúde, fundamentado nos preceitos do SUS. Tais dificuldades para desenvolver e elaborar uma intervenção em cenário de prática, foram vivenciadas e são mencionadas no MD.

[...] dias antes de preparar a aula, ficava pensando em quais exercícios poderia passar; parecia faltar tranquilidade e sobrar ansiedade. Na verdade, **pareciam faltar vários outros aspectos, como competência, habilidade, eloquência** (MD, p. 22 – grifo nosso).

Analisando o cenário atual, Fonseca et al. (2011) destacam pelo menos quatro causas aparentes para esta constatação:

1) divergências entre princípios ideológicos, legislativos e políticos; 2) divergências entre formação de docentes para o ensino superior e o perfil profissional necessário para atuação em saúde; 3) divergências entre formação profissional e a organização do sistema de saúde; e, 4) divergências para tratar dos eixos de integralidade na formação e na atenção à saúde com o perfil desejado do bacharel em Educação Física, que, na forma atual, muito abrange, mas pouco resolve (p. 3).

Carregando esses resquícios de seus primórdios, a **formação** do Profissional de Educação Física (PEF), nos dias de hoje, encontra-se em descompasso ao que propõem as tendências em saúde.

[...] A **formação** tem sido marcada por uma tendência generalista para abranger diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva (PAIVA et al, 2006, p. 215 – grifo nosso).

Outro autor que corrobora com a fragilidade do processo formativo para a atuação no sistema público de saúde é COSTA (2016), o qual também menciona sobre as dificuldades de interação entre os cursos da área da saúde.

Os cursos funcionam em estruturas próprias, legitimando e **fortalecendo a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde**. Contudo, a barreira cultural ainda é o maior desafio. A lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais. Corroborando com esses cenários, **o processo de formação é muito conteudista** e dificulta a adoção de

estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração (p. 198 – grifo nosso).

Outra demanda correlacionada a esta categoria de análise é a de atuar enquanto profissional de saúde na supervisão, compartilhada e participativa, das atividades desenvolvidas pelas equipes, assim como na compreensão e detecção das necessidades de saúde daqueles por quem responde.

A Educação Física terá que **aprender em atuação** os saberes e as práticas de cuidado em enfermagem, de escuta da psicologia, de composição de redes sociais do serviço social, de tratamento da medicina, etc. (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 59 – grifo nosso).

Por isso a necessidade de se correlacionar, conviver e colaborar com outros profissionais da área da saúde. A interprofissionalidade proporciona um ambiente rico e favorável para novas fontes de aprendizagem. Sendo assim, o *PET-Saúde Interprofissionalidade* foi a única ferramenta que possibilitou tais experiências.

Desse modo, os novos modelos de atenção requeridos nas instituições de saúde implicam na readequação do modo de intervir de seus estudantes. Para que esse cenário ganhe força, necessita-se um olhar que extrapole os aspectos biológicos e tenha o sujeito como foco dos atos e ações do cuidar. Para capacitação desses recursos humanos, parcerias entre serviço e universidade devem ser firmadas.

Entretanto, embora tal esforço exista, romper o paradigma do ensino em saúde tem sido uma tarefa árdua. Ainda persiste como campo seguro, para grande parte das instituições formadoras, o **modelo tradicional de ensino** – ou seja, o modelo hegemônico médico-centrado, essencialmente biomédico, cartesiano (ANJOS; DUARTE, 2009, p. 1129 – grifo nosso).

Sabe-se, sob a perspectiva da ética, que “é atribuição das instituições de ensino superior ofertar aos alunos embasamento suficiente para o cumprimento **socialmente satisfatório** da ocupação desejada” (BAGRICHEVISKY, 2007, p. 33– grifo nosso).

Essa formação almejada (ampliada) do futuro profissional de Educação Física é fundamental para atribuir nossos significados e percepções de outros profissionais da saúde em detrimento de nós, pois caso contrário, situações vivenciadas, como no referido MD, ainda se manifestarão por longos períodos, nos considerando simplesmente como a “pessoa que passa exercícios físicos”.

[...] “**desmistificar**” o **profissional de educação física**, visto, muitas vezes, exclusivamente, como a “pessoa que passa exercícios físicos” (MD, p. 20).

Colocada essa situação, infere-se que cabe aos cursos de Educação Física, principalmente das universidades públicas, capacitar seus alunos para atuação nas instituições de saúde sobre a lógica e preceitos da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

[...] pensar na Educação Física implica considerar a **formação**, o profissional que vai refletir sobre o grupo ou indivíduo com o qual trabalha, a sociedade nos planos histórico, econômico e cultural para, a partir de então, pensar, elaborar e propor conteúdos e estratégias. Falarmos apenas em atividade física diz respeito a uma tarefa, com intuito de verificar os efeitos provocados por ela. (FREITAS, 2007, p. 33 – grifo nosso).

Portanto, espera-se para o futuro profissional de Educação Física que ele possa ter oportunidades e condições para conhecer um pouco mais de seus usuários, para além dos aspectos sociais, históricos, filosóficos e culturais, para, a partir de então, elaborar novas estratégias de abordagens, condizentes com a necessidade do serviço público de saúde.

## 5.2. PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: ALGUMAS FRAGILIDADES

O *PET-Saúde Interprofissionalidade* é um programa que apresenta inúmeras oportunidades de novos conhecimentos e saberes. Entretanto, assim, como qualquer outro tipo de projeto e/ou programa que envolva pessoas, estão sujeitos a algumas “barreiras”.

As milhares de equipes da APS brasileira têm contribuído significativamente no processo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde e sinalizam a capacidade das equipes em responder às necessidades de saúde mesmo frente a barreiras ao trabalho interprofissional articulado em diferentes setores, com foco e participação dos usuários, família e comunidade. **Entre essas barreiras, citamos problemas de comunicação e coordenação no trabalho em rede**; ausência de redes especializadas adequadas à demanda populacional e articulada à APS; e **fragmentação do cuidado**, desde serviços da própria APS a iniquidades sociais que exacerbam o desequilíbrio nas relações de poder entre profissionais e usuários. (PEDUZZI; AGRELI, 2018, p. 1529 – grifo nosso).

Além dessas barreiras, outra fragilidade apresentada, enquanto acadêmico do curso de bacharelado em Educação Física participante do *PET-Saúde Interprofissionalidade*, é o

conflito de horários e sua respectiva dificuldade de se estabelecer um horário comum que fique bom para todos os envolvidos no programa.

A dificuldade de conciliar os horários dos estudantes, diante da extensa carga horária curricular, aliada à reduzida disponibilidade dos preceptores para recebê-los, é uma barreira que se apresenta para o projeto, especialmente durante o segundo período do ano, quando os horários dos estudantes mudam devido à mudança de semestre. Isso acaba se refletindo na composição das equipes e prejudicando a vivência interprofissional (MADRUGA et al., 2015, p. 809).

Conforme apresentado acima por Madruga et al. (2015), os relatos do MD coadunam com a dificuldade de conciliar os horários dos estudantes, principalmente nos períodos finais da graduação, os quais envolvem muitas atividades.

[...] comentei com ele sobre os horários da minha grade curricular. Disse que havia aula nesse período, a partir das 19h e que haveria **conflito de horário**. (MD, p. 5).

Quanto às limitações do PET-Saúde, apontou: “a **incompatibilidade de horários** entre os atores do Programa e a distância dos cenários de prática, além da ausência de diretrizes operacionais claras e da heterogeneidade de organização das atividades pelas unidades de saúde” (GUSMÃO et al., 2015, p. 703 – grifo nosso).

Reforçando, ainda, sobre os horários, PINTO et al. (2013) comenta que “Adicionalmente, tem-se a **indisponibilidade de horário** dentro da grade curricular dos alunos como fator limitante para continuidade no programa” (p. 2208 – grifo nosso).

Tal aspecto pode ser presenciado nesse trecho do MD:

Devido à grade curricular e o fato de não poder permanecer até o final das reuniões mensais do PET - Saúde Interprofissionalidade (segunda-feira, às 18h na UFSCar), o preceptor me atualizava sobre os assuntos abordados na reunião. (MD, p. 7).

Outro relato do MD que enaltece o conflito de horário entre o *PET-Saúde Interprofissionalidade* e a grade curricular:

Disse que havia aula nesse período, a partir das 19h e que haveria **conflito de horário**. Ele perguntou se haveria problema em atrasar um pouco para a aula citada. Eu disse que ficaria com falta de toda primeira aula e não atingiria o mínimo necessário de frequência para aprovação, como determinado pela Instituição, além de perder o conteúdo apresentado (MD, p. 5).

Outro fator limitante para o desenvolvimento de algumas atividades no *PET-Saúde Interprofissionalidade* foi a falta de espaço físico adequado para o desenvolvimento e aplicações de algumas atividades físicas, conforme indicado por PINTO et al. (2013):

Um fator limitante apontado pelos alunos para o desenvolvimento ideal das atividades do programa foi a infraestrutura. **A falta de espaço físico adequado** para comportar profissionais, usuários, monitores e voluntários do PET-Saúde e alunos de outros programas, acabou por limitar o desenvolvimento de algumas atividades (p. 2208 – grifo nosso).

Corroborar-se com a literatura, esse trecho extraído, a seguir, do MD, o qual também menciona sobre a limitação do espaço físico.

[...] pois a unidade de saúde **não possui espaço suficiente/adequado** para a realização das atividades (MD, p. 7).

Desse modo, determina

[...] mais um entrave para as ações de promoção/prevenção de saúde (MD, p. 7).

Outro aspecto que se caracteriza como fragilidade é a dificuldade de se estabelecer grupos de outras áreas da saúde, em virtude, muitas vezes dos conflitos dos horários de cada curso. Desse modo, o programa que se propõe a realizar e preparar os estudantes e profissionais envolvidos para um trabalho interprofissional acaba, por vezes, ficando com o mesmo formato da maioria dos outros PETs.

Algumas fragilidades foram evidenciadas pelos integrantes do programa, por exemplo, a **dificuldade de estabelecer grupos interprofissionais** e a resistência dos profissionais dos serviços de saúde em receber os estudantes. Essas são dificuldades decorrentes de problemas estruturados, como: formação incipiente para o atual Sistema de Saúde, deficiência no processo de educação permanente e matrizes curriculares com alta carga horária (MADRUGA et al., 2015, p. 813).

Concordando com tal aspecto, o MD apresenta:

[...] sobre a interprofissionalidade, comentou que **a ideia era reunir o máximo de alunos**, preceptores e tutores para a reflexão da prática]. (MD, p.5).

Outro aspecto relevante da interprofissionalidade é que “**os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos**, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS.” (COSTA, 2016, p. 198 – grifo nosso).

Pelo fato do *PET-Saúde Interprofissionalidade* se tratar de um programa interprofissional, gera certa expectativa em interagir com outros cursos, conforme MADRUGA et al. (2015):

[...] o trabalho interprofissional **gera entusiasmo** entre os estudantes, pois eles valorizam a oportunidade de se relacionarem com um grupo diversificado de profissionais. Porém, os estudantes apontaram que a existência de equipes “uniprofissionais” representa uma fragilidade do programa, o que interfere na motivação (p. 809 – grifo nosso).

Em excerto do MD, é possível identificar situação semelhante à apresentada pela literatura:

[...] indaguei se haveria mais estudantes ou preceptores para acompanhar as atividades juntamente conosco, pois além de constar na estrutura do Programa apresentada a nós, e na **expectativa** criada de interagir com outros cursos, se tratava de um Programa com ênfase na **interprofissionalidade** (MD, p. 4).

Outro aspecto que se caracteriza como fragilidade é a dificuldade de comunicação com a gestão municipal da saúde; conforme apontado por CAMARA et al. (2015) em grupo do PET-Saúde da cidade de Belo Horizonte, através da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG):

A falta de uma direção clara e objetiva do PET-Saúde e dúvidas sobre a efetividade do projeto, da sua capacidade de promover os resultados pretendidos foram críticas ao processo e ao projeto. Também foram listadas a estrutura rígida da universidade, a pouca disponibilidade de horário dos alunos e a **dificuldade de comunicação com a gestão municipal**. Mesmo tendo uma Comissão Executiva, com representantes da universidade e da gestão municipal, o contato com os gestores locais foi difícil e muitos gerentes dos centros de saúde desconheciam o projeto ou não se comprometiam com as atividades, como se o projeto fosse apenas da universidade e não uma parceria ensino-serviço (p. 822 – grifo nosso).

Situação semelhante enfrentada pelos estudantes do *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar, identificada no MD:

[...] o preceptor ainda não possuía autorização formalizada da **gestão municipal** para sair do local que estava vinculado (MD, p. 7).

Com isso, as implicações negativas provenientes de tal situação:

[...] não pudemos acompanhar as ações do PET- SAÚDE – Doenças Crônicas, as quais estavam sendo realizadas em outro território (MD, p. 7).

Portanto, são inúmeras as fragilidades do *PET-Saúde Interprofissionalidade*

[...] ao lado de várias potências e possibilidades, é possível identificar como nós críticos: carga horária não efetiva do PET-Saúde; estudante não disponível, efetivamente, para as atividades decorrentes de suas atividades acadêmicas; aluno sem perfil para atuar no programa; insumos materiais e recursos didáticos insuficientes e não disponibilizados pela coordenação do PET-Saúde e gestão municipal de saúde; tutores pouco ou não participativos das atividades realizadas, e falta de integração da gestão municipal de saúde às atividades e equipes do PET-Saúde (BATISTA et al., 2015, p. 749).

Contudo, conforme veremos na categoria a seguir, além das fragilidades apresentadas, destacarei as potencialidades identificadas ao longo de minha permanência no *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar.

### 5.3. PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: POTENCIALIDADES

Frente às complexidades das relações interpessoais, dos determinantes sociais e das amarras situacionais presenciada pela sociedade, alguns movimentos de transformação detectados se pautam na **construção de novas relações entre o estudante e o usuário**, como no caso do *PET-Saúde Interprofissionalidade*. O qual possibilita constituir um novo olhar dessas relações, posto que contemplam o usuário e sua história de vida. Talvez, então, seja um passo na direção da integralidade, uma vez que ela “talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito” (MATOS, 2001, p. 62).

Estamos diariamente diante de situações de vida e saúde muito complexas, que exigem um trabalho integrado, com foco no atendimento dessas necessidades, sendo a **lógica do trabalho em equipe** a premissa para que possamos avançar numa atenção à **saúde mais integral e resolutiva** (PEDUZZI et al., 2013, p. 978 – grifo nosso).

Possibilitando “a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para



ambos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009a, p. 15), sendo assim, aumentando as possibilidades de resolutividade dos problemas.

Desse modo, o trabalho em equipe possibilita:

[...] essa **troca de informações entre profissionais da saúde** (enfermagem, fisioterapia, nutrição), **estudantes de outras áreas da saúde** (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional), membros da família e o próprio paciente e análise do cenário como um todo, por meio das informações colhidas em campo e seguindo as recomendações transmitidas a nós, acompanhamos o paciente por mais algumas semanas, conseguimos desenvolver algumas atividades e, felizmente, conseguimos ver a evolução do quadro (MD, p. 15).

Além disso,

[...] oportunidades de EIP **contribuem para a formação de profissionais de saúde** melhor preparados para uma **atuação integrada em equipe**, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam **frente à competição e à fragmentação** (PEDUZZI et al., 2013, p. 978 – grifo nosso).

Portanto, a oportunidade de vivenciar ambientes e práticas que exijam a educação interprofissional e, posteriormente, desenvolver o trabalho em equipe

[...] **possibilitaram agregar novos conhecimentos**, principalmente no acompanhamento das visitas domiciliares e o contato direto com o paciente, familiares e outros alunos de outras áreas da saúde (MD, p. 11).

A **integralidade**, uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras, perfila-se pela produção de projetos terapêuticos singulares, donde se presentificam sobretudo as profissões do assistir individual (a clínica como um dobrar-se ao leito do paciente), não se podendo esperar da totalidade de profissões referidas a mesma dimensão do cuidado. Essa clínica, entretanto, implica **mudanças nas relações de poder entre os profissionais** para que **cada profissional chegue a ser um trabalhador em saúde e não um tecnocrata dos saberes profissionais**; também implica mudança nas relações de poder entre profissional e **usuário**, para que se produza **autonomia** dos últimos e autopeiose dos primeiros. (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 78 – grifo nosso).

Tais achados corroboram com o *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar, pois além dos aspectos da integralidade, é um programa que tenta estabelecer novas mudanças nas relações interpessoais, principalmente entre profissional e usuário, onde tenta se estabelecer a autonomia dos usuários, determinando sua responsabilização pelo autocuidado.

[...] importância da **responsabilização do usuário** no seu próprio tratamento, colocando-o como ponto central na produção dos serviços de saúde (o paciente como sujeito da ação) (MD, p. 9).

Vislumbramos coerência entre tais situações vivenciadas no *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar com as preconizadas pela literatura:

[...] o novo perfil epidemiológico que se compõem por enfermidades relacionadas ao fazer das pessoas requer uma **intervenção complexa e integral, mais voltada para uma saúde promotora de auto-cuidado**, demandando ações que incorporem no cotidiano da *assistência* princípios sociais, formativos e educativos (ROCHA; CENTURIÃO, 2007 p. 17 – grifo nosso).

Assim sendo, do ponto de vista da integralidade, portanto, não se pode reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento; contrariamente, **deve-se recorrer à perspectiva da intersubjetividade** para levar em conta tanto o conhecimento sobre as doenças (chamaríamos de conhecimento técnico) quanto o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de “andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1413).

Alerta o autor:

Note-se que não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística. Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é **relevante para a construção de um projeto de intervenção (ou melhor, de um projeto terapêutico)** capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde (MATTOS, 2004, p. 1415 – grifo nosso).

Na perspectiva do campo da saúde, Minayo (1991) defende que a interdisciplinaridade constitui uma necessidade. Para a autora, “nós profissionais da área, que temos como objeto concreto de trabalho a saúde e a doença no seu âmbito social, deparamo-nos com uma questão epistemológica crucial” (p. 70). Destaca, ainda, que “nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo as relações sociais e o social propriamente dito” (p. 70).

A autora explica que encontramos “as expressões emocionais, assim como o biológico, que traduz através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos” (MINAYO, 1991, p. 70).

Portanto, sensibilizar-se pelos determinantes sociais, históricos e culturais dos usuários é fundamental para que possibilite um cenário em que se sintam à vontade para partilhar suas experiências.

Por meio das atividades e grupos de apoio social, os sujeitos são estimulados a **compartilhar as experiências pessoais**, tanto as agradáveis como as que geraram dor e sofrimento, favorecendo, assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo. Esse sentimento de pertencer a um grupo social e de encontrar ressonância com as dores dos outros **auxilia os sujeitos a buscar possíveis soluções**, que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os conflitos e sofrimento (LACERDA; VALLA, 2004, p. 98 – grifo nosso).

[...] o fato de possibilitar **ouvir pessoas do mesmo grupo**, faz com que as experiências compartilhadas proporcionem novas reflexões e novos diálogos, e, até mesmo, sugestões que são citadas pelos outros ouvintes/pacientes. (MD, p. 20).

Desse modo, proporcionando espaço para os usuários,

[...] **além da queixa principal**, da dor propriamente dita, apareceram relatos de ansiedade, solidão, depressão, falta de ânimo para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs), coisas consideradas simples por muitas pessoas, mas que com o agravamento das circunstâncias e condições de cada paciente, essas situações se tornam cada vez mais complexas e **podem se tornarem fatores limitantes** para realizar as AVDs. (MD, p. 20).

Além disso, os usuários e profissionais:

[...] acharam muito importante conhecer um pouco mais da história de cada paciente, pois possibilitaria novos encaminhamentos e/ou ações (MD, p. 20).

Desse modo, são geradas perspectivas a partir da integração entre ensino e serviço e a formação em saúde, pois:

Os **espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado** para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE et al, 2007, p. 358 – grifo nosso).

Vale ressaltar que para se construir um lugar privilegiado

[...] a definição de um objetivo em comum, a **eficiência do diálogo e o respeito** com os outros profissionais da área, são fundamentais para que o **trabalho em equipe** possibilite funcionalidade e apresente resultado (MD, p. 11).

Reconhece-se, assim, que as parcerias estabelecidas entre os Ministérios da Saúde e da Educação e a Universidade, na perspectiva da reorientação da formação do profissional de saúde, proporcionam novas possibilidades:

O PET-Saúde inscreve-se como uma **inovação pedagógica de integração dos cursos de graduação da área da saúde**, e de fortalecimento da prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada. Neste sentido, parece que o **PET-Saúde tem avançado no contexto da formação em saúde ao incorporar e compreender a educação interprofissional** como pressuposto de suas atividades (BATISTA et al., 2015, p. 749 – grifo nosso).

Diante de tal contexto, destaco que o *PET-Saúde Interprofissionalidade* é:

[...] um cenário que proporciona vários tipos de aprendizagem, pois envolve aspectos humanos (relações interpessoais), aspectos técnicos (conhecimento adquirido), aspectos profissionais, éticos e morais; uma **grande oportunidade educacional** para todos os envolvidos (MD, p. 10).

Sendo assim,

[...] as atividades desenvolvidas **contribuíram para a formação profissional interdisciplinar, estabelecendo estratégias de aprendizagens pautadas no diálogo, respeito, vínculo e colaboração ...**). O PET-Saúde, fundamentado na educação interprofissional, parece contribuir para: a concretização de desafios no âmbito da formação em saúde no Brasil como integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação da universidade com os serviços de saúde, dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora da prática, dentro de uma concepção ampliada de saúde (BATISTA et al., 2015, p. 749 – grifo nosso).

Como estudante do bacharelado em Educação Física, acadêmico de instituição pública, participante do *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar, concordo com as oportunidades que o programa proporcionou e que contribuíram para uma formação mais humanista, crítica e reflexiva.

Desse modo, a seguir, no próximo capítulo, apresento as considerações finais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, de acordo com o objetivo desse trabalho, o qual consistiu em analisar as perspectivas de um graduando/bolsista, acadêmico de Educação Física na rede de saúde pública de São Carlos, por meio do *PET-Saúde Interprofissionalidade*, que possibilitou vivenciar tais experiências e apresentou-se como uma consistente e potencial forma para fortalecer o processo de ensino-aprendizagem.

Revelaram-se como essenciais nesse **processo de mudança** os espaços de discussão e a possibilidade de reflexão crítica sistemática, pois encarar de frente os problemas, assumir de fato a postura de construção e reconstrução permanente das propostas de ensino-aprendizagem é a melhor maneira de **fortalecer o processo**. Falta de conversa, de reflexão crítica e de desafios levam à estagnação e ao risco de retrocesso (FEUERWERKER, 2002, p. 379 – grifos nossos).

Tal perspectiva se coaduna com Bagrichevsky (2007) quando declara que “proporcionar uma formação crítica aos alunos significa, primeiro, levar em conta que a apropriação de saberes e práticas curriculares da **educação física precisam considerar o entorno sociocultural onde as microrrelações humanas se estabelecem**” (p. 38 – grifo nosso).

Próximo a esse entendimento, “as transformações sociais exigem que **a universidade crie cenários e propostas pedagógicas incorporando a realidade contextual na formação profissional**” (FERREIRA et al., 2013, p. 650 – grifo nosso).

Além das universidades, é preciso que seus respectivos alunos, incorporem o papel de estudantes e consigam, juntamente com os professores, transitar entre o ensino, pesquisa e extensão, para que assim, possam trazer elementos para tentar dialogar com as reais necessidades de saúde e consolidar uma nova proposta de formação.

Dentro da prática social global tem-se o ponto de partida e o ponto de chegada, professor e aluno desenvolvem capacidade em compreender a prática social pedagógica em termos elaborados, o que implica em uma transformação qualitativa de seu modo de inserção na prática social. A humanidade é constituída coletivamente. A educação é um ponto de passagem (BARBOSA; AMARANTES, 2015, p. 11).

“Nessa ótica, há que se perceber que Saviani vislumbra no professor um agente social ativo, comprometido politicamente com as transformações da sociedade” (RIBEIRO; RODRÍGUEZ, 2001, p. 72).

A prática social neste sentido é alterada qualitativamente pela mediação da ação pedagógica. Diante dessa transformação Saviani (2012) se refere à educação como sendo "uma atividade que supõe uma heterogeneidade real e uma homogeneidade possível; uma desigualdade no ponto de partida e uma igualdade no ponto de chegada" (p. 76).

Associada a estes desafios, vivenciamos a discussão atual sobre a **necessidade de ampliar o ensino universitário para além da profissionalização específica**, a assunção da problematização na proposta de ensino, com consequentes mudanças de atitude de professores e estudantes e a integração e interdisciplinaridade como direcionadoras da proposta de formação. (BATISTA, 2012, p. 25 – grifo nosso).

Desse modo, como aluno do curso de bacharelado em Educação Física, participante do *PET-Saúde Interprofissionalidade*, a fim de ampliar o ensino universitário para além da profissionalização específica, ressalto algumas *potencialidades do PET-Saúde Interprofissionalidade*:

Este olhar para o PET-Saúde e suas repercussões, mesmo na condição de apenas um singelo olhar avaliativo, informalmente engendrado, nos permite anunciar o **alto valor pedagógico e político presente no PET-Saúde** e nos incita a defendê-lo como programa capaz de acelerar nossos passos na direção de um sistema público de saúde que valoriza a humanização, a integralidade, a equidade, o protagonismo de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços e o cuidado resolutivo para todos os brasileiros (SORDI et al., 2015, p. 689 – grifo nosso).

Entretanto, o *PET-Saúde Interprofissionalidade* permeia por *algumas fragilidades*:

Esse cenário da ABS, no qual o profissional de educação física emerge com possibilidade de atuar junto à população e compor equipes de saúde, na perspectiva de fortalecer a transformação de um modelo de atenção comprometido com a **integralidade da atenção**, ainda é recente, e, **muitos desafios** se têm a enfrentar como também muito se tem a produzir para consolidar sua prática profissional (COUTINHO, 2011, p.48 – grifo nosso).

Apesar dessa nova possibilidade de atuação junto à população e equipes de saúde, fica o alerta que:

É importante, porém, nos distanciarmos de um possível equívoco de se abrir a **formação da área para os modismos pregados pelo mercado de consumo**. Daí a importância da aproximação pedagógica com os desafios da integração ensino-serviço e da humanização/ampliação do processo de saúde-doença para não se submeter à lógica do mercado. Portanto, designa-se um entendimento de saúde pública no sentido coletivo e

não privado. Epistemológica e politicamente, o sentido coletivo traz à tona uma compreensão ampla de saúde intermediada pelos encontros que produzem relações de corresponsabilidade (OLIVEIRA; GOMES, 2019, p. 18 – grifo nosso).

Desse modo,

Não se trata de formar cientistas da atividade física ou do exercício ou da motricidade humana etc., nem terapeutas que treinam/adestram o corpo, mas de formar professores/profissionais que se interessem pela ciência e, também, pelas pessoas e pelo mundo, de modo a equalizar uma terapia humanizadora que rompa com os preceitos rígidos da técnica centrada na medicina e biologicista (OLIVEIRA; GOMES, 2019, p. 12).

Nesse aspecto, “é fundamental operar com uma **seleção de conteúdos coerentes com o critério de competências para o aprender a aprender**, e não com o critério de cercar todos os conteúdos ou suas faces, ainda que superficialmente” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 90-91 – grifos nossos).

“As **mudanças na formação** exigem ainda novos desenhos curriculares focados em metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar fundamentada nas ciências humanas, sociais e biológicas” (CHIESA et al, 2007, p. 237 – grifos nossos).

Envolvendo concomitantemente:

[...] as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (VILELA; MENDES, 2003, p. 529).

Sobremaneira,

São longos os caminhos a serem percorridos na transformação da educação dos profissionais de saúde / transformação da educação em ciências da saúde, mas são caminhos de descoberta e invenção – portanto, caminhos de ousadia e criação. Algumas das melhores experiências estão dispersas, mas são concretas e inúmeras (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 91).

Dessa maneira, estudos que contenham experiências vivenciadas e observadas nos serviços públicos de saúde, durante as aulas práticas e estágios, como momentos pedagógicos, podem e devem ser aproveitadas para refletir sobre as práticas do cuidado produzidas e suas repercussões, “inclusive sobre a maneira como concebemos o cuidado e se essa concepção se

afasta ou aproxima das manifestações presenciadas naquele espaço” (HENRIQUES, 2005, p. 149).

“O si-mesmo como narrador não apenas relata, mas justifica. E o si mesmo como protagonista está sempre, por assim dizer, apontando para o futuro” (BRUNER, 1997, p. 104).

Para Castro (2004), **novas experiências** já estão presentes nas universidades, “cabe orientá-las e transformá-las no próprio processo de construção de uma outra prática onde as relações sejam mais abertas, de cooperação com vários setores da população e de grupos mais ampliados dentro da própria universidade” (p. 14).

Merhy (2000) já alertava que a saúde “é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível” (p. 71-72).

Sendo assim o *PET-Saúde Interprofissionalidade*:

É um movimento que acredita na criatividade das pessoas, na complementaridade dos processos, na inteireza das relações, no diálogo, na problematização, na atitude crítica e reflexiva, enfim, numa visão articuladora que rompe com o pensamento disciplinar, parcelado, hierárquico, fragmentado, dicotomizado e dogmatizado que marcou por muito tempo a concepção cartesiana de mundo. Portanto, a interdisciplinaridade é um movimento importante de articulação entre o ensinar e o aprender (THIESEN, 2008, p. 552-553).

Portanto, faz-se necessário dar mais atenção, elaborar, desenvolver e transformar programas exitosos, como o *PET-Saúde Interprofissionalidade*, fonte de inspiração desse trabalho, em projetos pedagógicos e políticas públicas consistentes para a formação de futuros profissionais da área da saúde, os quais, para além dos acertos teórico-práticos do SUS, possibilitem proporcionar, de forma significativa, a construção de um serviço público de saúde de qualidade para todos.

O presente trabalho considerou a narrativa de vida, a partir da perspectiva e da inserção de um acadêmico de Educação Física na rede de saúde pública de São Carlos, por meio do *PET-Saúde Interprofissionalidade*, como uma breve “tomada” de consciência da formação do sujeito para a emergência de um sujeito em formação. Sendo assim, a seguir, aponto alguns questionamentos finais.

1. A partir das disposições das disciplinas e estágios obrigatórios, estamos sendo formados para trabalhar em equipe ou individualmente?



2. A lógica do processo formativo está legitimando esse tipo de abordagem?
3. O usuário, na lógica do processo de ensino-aprendizagem fortemente fragmentado, enaltecendo a individualidade e especificidade das profissões, tem consequências ao atendimento de suas necessidades?
4. Quais as implicações dessas abordagens para a atenção da saúde pública?
5. Dentre a lógica do processo formativo vigente, haveria possibilidade de alunos de diferentes cursos, da mesma área (saúde), aprenderem juntos, respeitando suas especificidades?
6. Será que vivenciar experiências de aprendizagem compartilhadas pode potencializar o desenvolvimento de competências e habilidades para formar profissionais mais aptos ao trabalho em equipe?

São perguntas reflexivas e que precisam de atenção, pois precisamos trabalhar em equipe, com forte interação interprofissional, interpessoal, efetiva comunicação e colaboração, mas estamos sendo formados sem vivenciar iniciativas de aprendizagem compartilhadas e que exijam práticas entre diferentes áreas da saúde. É um paradoxo! Um tema que precisa de maior atenção! Sendo assim, a seguir, apresento algumas sugestões.

1. Proporcionar incitação à curiosidade e ao questionamento de práticas coletivas;
2. Possibilitar vivências que estimulem o espírito crítico e reflexivo;
3. Proporcionar a abordagem do conhecimento de maneira transdisciplinar;
4. Incentivar o trabalho coletivo e práticas colaborativas;
5. Proporcionar a aproximação do estudante com o serviço público de saúde nos primeiros semestres da graduação;
6. Incentivar o desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão dentro dessa concepção complexa, que envolva o trabalho em equipe;

Espero, com a realização deste trabalho, ter contribuído a partir da minha experiência como aluno do curso de bacharelado em Educação Física e bolsista do *PET-Saúde Interprofissionalidade* da UFSCar, com ações e reflexões sobre o processo formativo da Educação Física e a correlação com as reais necessidades da saúde pública, em uma perspectiva da formação interprofissional, para além das especificidades e fragmentações do curso supracitado.

## REFERÊNCIAS:

- ABRAHÃO, Maria H. M. B; PASSEGGI, Maria da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto) biográfica Tomo I**/ organização Maria Helena Menna Barreto Abrahão, Maria da Conceição Passeggi- Natal: EDUFRN/Porto Alegre: EDIPUCRS/Salvador: EDUNEB, 2012. 281p. Coleção Pesquisa (Auto) Biográfica: temas transversais.
- ALBUQUERQUE, Verônica S.; BATISTA, Rodrigo S.; TANJI, Suzelaine; MOÇO, Edneia T. S. M.; Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-272, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out. 2019.
- ALBUQUERQUE, Verônica S.; GOMES, Andréia P.; REZENDE, Carlos H. A.; SAMPAIO, Marcelo X.; DIAS, Orlene V.; LUGARINHO, Regina M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, 2009. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- ANDRÉ, Marli E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papyrus, 1995.
- ANJOS, Tatiana C. dos; DUARTE, Ana Cláudia G. de O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out. 2020.
- AROUCA, Sérgio. Democracia e saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.
- AYRES, José. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- BAGRICHEVSKY, Marcos. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, Alex B.; WACHS, Felipe. (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 33-46.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BARBOSA, Edna L. C.; AMARANTES, Sandra R. G. **Escola e Democracia: Teorias metodológicas de Ensino na abordagem de Dermeval Saviani**. 2015, p. 1-11. Grupo de Trabalho - Didática: Teorias, Metodologias e Práticas. Licenciatura em Ciências Sociais. Instituto Federal do Paraná – Campus Paranaguá. Paraná. 2015.

BARBOSA, Guilherme R. **Atividade física e doença arterial coronariana: revisando a literatura**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARR, Hugh. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.

BATISTA, Nildo A. **Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas**. Cad. FNEPAS. 2012; 2 (2): 25-8.

BATISTA, Sylvia H. S. da S. et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BOBBO, Vanessa C. D. et al. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1151-1158, Apr. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401151&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401151&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 11 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 7/2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 mar. 2004; Seção 1:1-18. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 ago. 2008; seção 1, pg. 27. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauedegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauedegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 mar. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do programa de educação pelo trabalho para a saúde - pet saúde, instituído no âmbito do ministério da saúde e do ministério da educação. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 mar. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0422\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0422_03_03_2010.html)>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 27 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde e Pet-Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro\\_saude\\_pet\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf)>. Acesso em: 09 jul. 2020.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; n. 27** – Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-68, 2004. Disponível em: <<http://nephrp.com.br/site/wp-content/uploads/2017/03/02-Pol%C3%ADtica-de-Educa%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-para-o-SUS-Caminhos-para-a-Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente-em-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**: políticas e programas – Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-SGTES-2017-Digital.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de setembro de 2013. 2013c. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 11 out. 2019.

BRUNER, Jerome. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRUNER, Jerome; WEISSER, Susan. A invenção do ser: a autobiografia e suas formas. In: OLSON, D. R.; TORRANCE, N. **Cultura escrita e oralidade**. São Paulo: Ática, 1995.

CAIPE. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE, 2002.

CAMARA, Ana M. C. S.; GROSSEMAN, Suely; PINHO, Diana L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth. R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

**CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC)**. A national interprofessional competency framework. Vancouver, BC: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

CANGULHEN, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, Yara M, de. Atividade física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, CBCE, v. 22, n. 2, p. 9-21, 2001.

CARVALHO, Yara M. Entre o biológico e o social. Tensões no debate acerca da saúde na educação física. **Motrivivência**. v. 17, n. 24, p. 97-105, 2005.

CARVALHO, Yara M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 7, p. 33-45, 2006.

CASTRO, Luciana M. C. **A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadora**: ainda existem utopias realistas. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, Ricardo B.; BILIBIO, Luiz F. S. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex B.; WACHS, Felipe. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 47-62.

CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Yara M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, p. 69-92.

CECCIM, Ricardo. B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41-65, 2004b.

CHIESA, Anna M.; NASCIMENTO, Débora D. G. do; BRACCIALLI, Luzmarina A. D.; OLIVEIRA, Maria A. C. de; CIAMPONE, Maria H. T. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. abr./jun. 2007, p. 236-240, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/9829/6740>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

CONFED. **Lei Nº 9.696** de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <[www.confef.org.br](http://www.confef.org.br)>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 218**, de 6 de março de 1997. Reconhece 13 categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1997. COSTA, Marcelo V, da; PEDUZZI, Marina; FREIRE FILHO, José R.; SILVA, Cláudia B. G. **Educação Interprofissional em Saúde** – Natal: SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COSTA, Marcelo V. da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

COUTINHO, Silvano da S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. doi: 10.11606/T.22.2011.tde-30112011-085206. Acesso em: 06 jun. 2020.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup. 1, p. 116-131, 2005.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Rev. Formação**, v. 1, n. 2, p. 7-17, 2001.

DESAULNIERS, Julieta B. R. Formação, competência e cidadania. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 18, n. 60, p. 51-63, 1997.

FERREIRA, José R.; BUSS, Paulo M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, Lenira, et al. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: experiência em Manguinhos**, RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.

FERREIRA, Sionaldo E.; GUERRA, Ricardo L. F.; PACHECO, Pedro F. L.; GOMES, Ricardo J.; AZEVEDO, Paulo H. S. M.; BOTERO, João P.; OLIVEIRA, Rogério C. (2013). Formação profissional em educação física e saúde na Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 18(5), 646- 651.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FONSECA, Silvio A.; MENEZES, Aldemir S.; LOCH, Mathias R.; FEITOSA, Wallacy M. N.; NAHAS, Markus. V.; NASCIMENTO, Juarez V. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, 2011.

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

FREITAS, Fabiana F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, Fabiana F.; BRASIL, Fernanda K.; SILVA, Cinthia L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169 - 183, 2006.

FRENK, Julio; CHEN, Lincoln. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 67-80.

GUARDA, Flávio R. B. da.; SILVA, Rafaela N. da.; JÚNIOR, José L. do A. C. de A.; FREITAS, Maria, I. de F.; NETO, Pedro M. dos S. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Ver Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 63-74, 2014. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jun. 2020.

GUARNIERI, Maria R. O início da carreira docente: pistas para o estudo do trabalho do professor. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Aprendendo a ensinar**: o caminho nada suave da docência. Campinas: Autores Associados, 2000. p. 5-23.

GUSMAO, Renata C.; CECCIM, Ricardo B.; DRACHLER, Maria de L. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 695-707, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500695&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500695&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

HENRIQUES, Regina L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 147-159.

HORA, Dinair L.; ERTHAL, Regina M. C.; SOUZA Claudia T. V.; HORA Eloísa L. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 471-486, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2020.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). **Core competencies for interprofessional collaborative practice**: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative, 2011.

JOSSO, Marie C. **Experiências de Vida e Formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

JOSSO, Marie C. **Experiências de vida e formação**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010a.

JOSSO, Marie C. Da formação do sujeito ao sujeito da formação. In: NÓVOA, António; FINGER, Matthias. (Org.). **O método (auto)biográfico e a formação**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010b. p. 59-79.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.

MADRUGA, Luciana M. de S.; RIBEIRO, Kátia S. Q. S; FREITAS, Cláudia H. S. de M., PÉREZ; Ingrid de A. B.; PESSOA, Talitha R. R. F.; BRITO, Geraldo E. G. de. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500805&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500805&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jul. 2019.



MARANHÃO, Éfrem A.; SILVA, Fernando A. M. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, Bertoldo K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, 2001. p. 153-168.

MARSDEN, Melissa. **A indissociabilidade entre teoria e prática**: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Título de mestre em Ciências na área da Saúde Pública da Escola Municipal de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ; 2009.

MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.

MERHY, Emerson E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo technoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luiz C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MERHY, Emerson E. **Reflexões sobre as tecnologias não-materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Tese (Concurso para Livre-docência) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MINAYO, Maria C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, 1991.

MOITA, Maria da C. Percursos de Formação e de Trans-Formação. In: NÓVOA, António S. da. **Vidas de Professores**. Porto: Porto Editora, 1995.

MOREIRA, Antonio F.; SILVA, Tomaz T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.).  **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 7-37.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NEGRINE, Airton. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. IN: MOLINA NETO, Vicente; TRIVÑOS, Augusto N. S. (Org.). **A pesquisa qualitativa na educação física**: alternativas metodológicas. Porto Alegre, Editora Universidade/UFRGS/Sulina, p.61-98, 1999.

OLIVEIRA, Victor J. M. de; GOMES, Ivan M. Os desafios da formação profissional em educação física para a área da saúde: uma interpretação a partir de periódicos da área. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, e 20170123, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072019000100530&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100530&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2020.

PAIVA, Fernanda S. L. et al. Formação inicial e currículo no CEFD/UFES. **Pensar a Prática**, v. 9, n. 2, p. 213-230, 2006.

PAULO, Camila M. **A Formação do Profissional de Educação Física e a Perspectiva da Saúde Pública**. 2013. 91 p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2013.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PÉREZ-GÓMEZ, Angel I. O pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, António S. da (Org.). **Os professores e a sua formação**. 2. ed. Lisboa: Don Quixote, 1995. p. 93-114.

PINHEIRO, Roseni. CECCIM, Ricardo B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 1ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 13-35.

PINTO, Anna Carolina M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2201-2210, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

RAMOS, Glauco N. S. **Educação física: licenciatura e/ou bacharelado?** Analisando as implicações de uma estrutura curricular. 1995. 189 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Supervisão e Currículo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

RAMOS, Glauco N. S. **Preparação profissional em educação física: a questão dos estágios**. 2002. 126p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP. 2002. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/275389>>. Acesso em: 15 set. 2020.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)**. Cochrane Data base Syst Rev., v. 3, n. CD002213, p. 1-41, 2013.

RIBEIRO, Maria de Lourdes; RODRÍGUEZ, Margarita Victoria. Notas para uma releitura da Pedagogia Histórico-Crítica. **RPD – Revista Profissão Docente**, Uberaba, v.1, n.3 , p. 60 –74, 2001.

ROCHA, Vera M. da.; CENTURIÃO, Carla H. Do corpo a corporeidade: repensando os saberes na formação dos profissionais fisioterapeutas. In: FRAGA, Alex B.; WACHS, Felipe. (Org.) **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 17 – 32.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. 42ª ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2012.

SCHEFFER, Mário. Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74. P. 313-320, 2006.

SILVA, André L. F. da; RIBEIRO, Marcos A.; PAIVA, GeilsonM. de; FREITAS, Cibelly A. S. L.; ALBUQUERQUE, IzabelleM. A. N. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 975-984, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500975&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500975&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2019.

SILVA, Luiz H. **A formação em educação física para atuação na saúde**. 2016. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, São Paulo.

SORDI, Mara R. L.; CYRINO, Eliana G.; CYRINO, Antonio P.; RORESTI, Miriam; PINTO, Tiago R. Olhares avaliativos informais: o PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - em tela. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 687-689, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500687&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500687&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

TANI, Go. Estudo do comportamento motor, educação física escolar e a preparação profissional em educação física. **Revista Paulista da Educação Física**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 62-66, 1992.

THIESEN, Juarez da S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2021.

VILELA, Elaine M.; MENDES, Iranilde J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, ago. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 nov. 2020.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – MEMORIAL DESCRITIVO PET-SAÚDE

O material produzido em seguida, se refere às atividades desenvolvidas no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE), na cidade de São Carlos, no ano de 2019. Por se tratar de um trabalho longitudinal, o qual foi desenvolvido por vários meses, o *memorial descritivo*, a seguir, apresenta os principais momentos vivenciados, a partir dos meus registros em cada reunião e/ou atividade desenvolvida durante minha permanência no Programa, ocorrido no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, completando 10 meses, das recordações vivenciadas e das notações pessoais feitas em cada encontro, juntamente com os significados atribuídos e construídos no desenvolvimento de tal Programa pelo pesquisador-graduando.

#### *1.1. Memorial Descritivo<sup>1</sup>*

##### *1.1.1. Palestra de Apresentação do Programa*

Antes de se iniciarem os trabalhos de campo, foi elaborada uma apresentação sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE) mediada pelo coordenador geral, professor do Departamento de Medicina, da UFSCar. Tal apresentação ocorreu no anfiteatro do Departamento de Medicina, no dia 01/04/2019, das 18h às 18h40min.

No primeiro momento, foi comentado sobre a interprofissionalidade, no aspecto profissional e disciplinar, ou seja, a interação e a integração tanto no ambiente de trabalho, quanto no ambiente da educação.

No próximo momento, foi sinalizado para realizarmos um curso online, no módulo “Educação Interprofissional em Saúde”, com carga horária de 30horas/aula, produzido e ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o qual consta em anexo (anexo 5). Tal curso teve como objetivo geral realizar uma primeira aproximação das bases teórico-conceituais e metodológicas da Educação Interprofissional em Saúde, como fundamento para o

---

<sup>1</sup> Com o intuito de manter o anonimato dos (as) envolvidos (as) no processo, e para não comprometer quaisquer pessoas envolvidas diretamente ou indiretamente, tanto no Programa quanto o próprio paciente e/ou familiares, irei resguardar nomes, datas, endereços entre outros dados pessoais que possam comprometer qualquer pessoa. Sendo assim, para este memorial descritivo, utilizarei nomes fictícios para os (as) profissionais citados (as), bem como para as respectivas unidades de saúde.

desenvolvimento de competências colaborativas. A indicação desse curso foi para nos familiarizarmos com os principais conceitos e com o ambiente de trabalho em que estávamos sendo inseridos.

Posteriormente, foi comentado que os trabalhos ocorreriam a partir do desenvolvimento do diagnóstico situacional e de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), considerando as demandas vinculadas à rede **temática de cada grupo**, pois a princípio, cada grupo possuiria um tema, por exemplo, “Rede Cegonha”, “Rede de Atenção Psicossocial” e “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”.

Em relação à estrutura do PET-SAÚDE INTERPROSSIONALIDADE da UFSCar, este foi composto por um total de 73 participantes, sendo eles: 1 Coordenador Geral, 5 Coordenadores tutores, 7 Tutores, 23 preceptores e 37 estudantes.

Portanto, foram formados 5 grandes grupos, 2 grupos da “Rede Cegonha”, direcionados para UBS “Alegria”; 2 grupos da “Rede de Atenção Psicossocial” (RAPS), direcionados para UBS “Felicidade”; e apenas 1 grupo da “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (RASPDC), direcionados para UBS “Reconhecer”, cada um contendo no mínimo 1 tutor coordenador, 1 tutor, 4 preceptores e 7 estudantes.

Desse modo, após a divisão dos estudantes para os respectivos grupos, fui ingressado no “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (RASPDC), contendo 1 estudante de enfermagem, 1 estudante de fisioterapia, 1 estudante de medicina, 1 estudante de psicologia, 1 estudante de terapia ocupacional e 1 estudante de educação física, representado por mim.

Os grupos formados manteriam, de certa forma, a combinação dos cursos supracitados, para que houvesse diversas áreas da saúde trabalhando junto, dando ênfase à interprofissionalidade.

Além disso, após a formação dos grupos, ficou acordado que a partir do diagnóstico, deveriam ser propostas ações visando garantir o cuidado integral e longitudinal, sendo acionados preceptores e tutores de forma transversal dos outros grupos PET, conforme demandas de cada território.

Sendo assim, os grupos acompanhariam o cuidado dos usuários na Unidade Básica de Saúde/Unidade Saúde da Família (UBS/USF) e em qualquer equipamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que fosse necessário, buscando garantir, novamente, o cuidado integral e

longitudinal e reconhecer/participar do itinerário terapêutico, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação.

Após a definição de cada grupo formado, onde cada tutor coordenador, tutor, preceptores e estudantes estariam juntos, foi passado o contato do número de celular de cada participante, para que, posteriormente, fosse criado um grupo no “WhatsApp”, e facilitasse o contato entre os envolvidos.

Por fim, foi estabelecida a grade de trabalho semanal para os estudantes, a qual se exigiu 4 horas de atividades em cenário de prática com preceptor; sendo 2 horas de atividades de reflexão da prática com tutor e 2 horas de estudos, confecção de avaliações, relatórios/diários de campo e reuniões.

Desse modo, no próximo subcapítulo, trataremos do “Trabalho em Campo”.

### *1.1.2. Trabalho em Campo*

O primeiro contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 10 de abril de 2019, na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Felicidade”. Cheguei ao local com um pouco de antecedência, pois não conhecia a UBS e não sabia como chegar ao local sem o auxílio do Global Positioning System (GPS). Ao entrar na Unidade, havia movimento considerável, tanto de pessoas sentadas aguardando atendimento, como de profissionais da saúde. Fui até a recepção para pedir informações sobre onde poderia encontrar o profissional de saúde Adriana, que respectivamente seria minha preceptora, e, que estaria me aguardando.

Fui até a sala sinalizada pela recepção, onde se encontrava Adriana, e foi formalizado o primeiro contato entre aluno e preceptora. No início ela se apresentou, disse que era de uma cidade do interior do Estado de São Paulo e que viajava para fazer graduação, falou brevemente sobre seu papel na Unidade de Saúde e como ocorriam os atendimentos. Posteriormente, me apresentei também e comentei como foi a trajetória no curso de Educação Física até a inserção no PET-SAÚDE. Depois, perguntei qual era a área de formação profissional; disse ser formada em nutrição e fez mestrado na UFSCar; descobri que havíamos pessoas em comum. Isso facilitou a “quebra da formalidade” e o desenvolver da conversa. Era um **cenário de aprendizagem** muito distinto da sala de aula, conseqüentemente, as dúvidas eram frequentes. Por ser o primeiro contato, fizemos o reconhecimento da unidade em si, do espaço físico, dos profissionais nela empregados e suas respectivas áreas de atuação, e, também, do espaço

geográfico, do território que ela pertencia e abrangia. Nesse momento percebi que havia alguns termos técnicos desconhecidos e que precisaria dar mais atenção a eles.

Posteriormente, indaguei se haveria mais estudantes ou preceptores para acompanhar as atividades juntamente conosco, pois além de constar na estrutura do Programa apresentada a nós, e na **expectativa** criada de interagir com outros cursos, se tratava de um Programa com ênfase na **interprofissionalidade**. Entretanto, não obtive resposta no momento, pois como era o primeiro contato e o início do Programa, as dúvidas eram muitas. Porém, Adriana percebeu o questionamento levantado por mim e disse que iria tentar contatar o tutor do grupo para nos esclarecer sobre essa informação.

Sendo assim, achamos importante fazermos um levantamento de dúvidas sobre o PET-SAÚDE, para posteriormente esclarecermos com a tutora. Entre as dúvidas estavam: 1- Como será a elaboração do PTS; 2- Como será distribuída a carga horária do aluno; 3- Como serão registradas as atividades no campo da prática; 4- Como funciona a avaliação aluno-preceptor-tutor; 5- Quando acontecerá a reflexão da prática; 6- Como o aluno deve iniciar o levantamento do território; 7- Como será o cronograma do primeiro semestre; terá período de férias; 8- Precisa fazer alguma ação/grupo no território.

Desse modo, nosso primeiro encontro foi finalizado com o levantamento das dúvidas.

O segundo contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 12 de abril de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse encontro conversamos e combinamos sobre a disponibilidade de dias e horários de cada um. Sendo assim, ficou definido o cronograma com os dias (as quartas e sextas-feiras) e os horários (os horários ficaram mais flexíveis, pois dependendo do dia, tinha aula no período da manhã e/ou no período da tarde) para realizarmos as atividades no cenário de prática. Estabelecido isso, Adriana solicitou ao auxiliar administrativo, conforme os dias acordados, o bloqueio do sistema de agendamento, mais conhecida como “agenda eletrônica”, que é a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), para que não houvesse conflito de atividades. E por fim, participamos do grupo de *Lian Gong* ministrado por Sônia, a fisioterapeuta da respectiva Unidade. Interessante salientar que não conhecia o Lian Gong. Os cenários e as atividades que o Programa proporciona são muito ricos e nos **estimulam a conhecer novos conteúdos**. Sendo assim, fui pesquisar posteriormente para me inteirar de tal prática.

O Lian Gong consiste em um conjunto de exercícios, organizados em séries, que agem na prevenção e no tratamento de dores e de doenças crônicas. Trata-se de uma técnica terapêutica criada na China pelo médico Zhuang Yuen Ming, que buscou unir a terapia ao fortalecimento harmonioso do corpo (BOBBO et al., 2018, p. 1152).

O terceiro contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 17 de abril de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse encontro, estava presente a tutora Sandra, responsável pelo nosso grupo, “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (RASPDC). Juntamente com a tutora, conversamos sobre as dúvidas levantadas no primeiro encontro entre mim e a preceptora. A tutora nos explicou que o PTS seria baseado em um caso real, e, que provavelmente, seria desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) “São Clemente”. Comentou que seria interessante o aluno elaborar um diário de campo para as atividades do Programa. Ainda com relação aos esclarecimentos das dúvidas, disse que o processo avaliativo do Programa ainda não estava estruturado; sobre a interprofissionalidade, comentou que a ideia era reunir o máximo de alunos, preceptores e tutores para a reflexão da prática, entretanto, a tutora viria na Unidade uma vez ao mês. Sendo assim, conseguimos, em parte, esclarecer algumas dúvidas e elaborar possíveis encaminhamentos para as próximas ações.

No dia 19 de abril foi feriado, e, como combinado com toda equipe do Programa, os mesmos seriam respeitados. Portanto, não houve atividade nesse dia.

No dia 22 de abril de 2019, houve a primeira reunião mensal, determinada pelo Programa, com os integrantes do PET-SAÚDE – “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (RASPDC), realizada no Departamento de Medicina (DMed), do campus da UFSCar, realizada das 18h às 20h. Nessa reunião, estavam presentes todos os participantes do grupo “Doenças Crônicas”, entre eles, coordenador tutor, tutores, preceptores e estudantes.

Nessa reunião, por ser a primeira, todos os estudantes tiveram a oportunidade de se apresentar, falar de qual curso da área da saúde estava representando e expor sobre as situações vivenciadas até o momento. Ao final da reunião, fui conversar com o coordenador tutor se as reuniões mensais ocorreriam sempre na segunda feira nesse mesmo horário (18h às 20h); ele disse que sim, confirmou. Então comentei com ele sobre os horários da minha grade curricular. Disse que havia aula nesse período, a partir das 19h e que haveria **conflito de horário**. Ele perguntou se haveria problema em atrasar um pouco para a aula citada. Eu disse que ficaria com falta de toda primeira aula e não atingiria o mínimo necessário de frequência para aprovação,



como determinado pela Instituição, além de perder o conteúdo apresentado. Após apresentar essa situação, ele compreendeu o quadro e disse que tudo bem.

O quarto contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 24 de abril de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse dia, conversamos sobre os assuntos discutidos na primeira reunião com os participantes do grupo “Doenças Crônicas”, pois no momento dessa primeira reunião havia muitas pessoas se apresentando e pouco tempo para trocar ideias e possíveis caminhos a serem seguidos no Programa. Além disso, discutimos sobre as diferenças entre Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Saúde da Família (USF).

O quinto contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 26 de abril de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse dia, foi conversado e reforçado sobre algumas diferenças entre a Unidade Saúde da Família (USF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Entre elas estão a composição das equipes. Na USF a equipe mínima é composta por um médico generalista, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista e um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Já o NASF, proporciona o apoio da equipe multidisciplinar à saúde da família. Nesse dia foi apresentado, também, o fluxo de agendamentos de consultas na UBS e no Centro Municipal de Especialidades Médicas (CEME) pelo sistema Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Por fim, foi apresentado os serviços da UBS “Felicidade”, composto por enfermagem, fisioterapia, obstetrícia e ginecologia, clínica médica, odontologia, pediatria, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

Terminado o mês de abril, foi elaborado, como de costume ao final de cada mês, o relatório das atividades realizadas para poder acompanharmos o desenvolvimento das ações e para que o coordenador tutor tivesse controle de nossas atividades (o formulário era enviado via “Google Forms”). Entre as atividades do mês, estão: o primeiro contato entre aluno-preceptor; o reconhecimento da UBS “Felicidade”; a apresentação dos funcionários e dos serviços oferecidos na unidade. Foi pactuado a distribuição da carga horária no cenário de prática, conforme a disponibilidade do aluno e do preceptor. Participamos de uma atividade em grupo de *Lian Gong*. Recebemos a visita da tutora Sandra, onde foram esclarecidas as dúvidas quanto ao PTS, diário de campo e reflexão da prática. Ao longo do mês, iniciamos uma reflexão sobre: as diferenças entre UBS e USF, os níveis de atenção à saúde e os serviços de saúde que o município oferece à população como UBS, USF, CEME, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Santa Casa e Hospital Universitário (HU) da UFSCar. Também foi apresentado o novo sistema Central de

Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Devido à grade curricular e o fato de não poder permanecer até o final das reuniões mensais do PET- Saúde Interprofissionalidade (segunda-feira, às 18h na UFSCar), o preceptor me atualizava sobre os assuntos abordados na reunião. Outra questão, é que o preceptor ainda não possuía autorização formalizada da gestão municipal para sair do local que estava vinculado atualmente (UBS “Felicidade”). Sendo assim, não pudemos acompanhar as ações do PET- SAÚDE – Doenças Crônicas, as quais estavam sendo realizadas em outro território.

Essa estrutura apresentada, no mês de abril, se manteve durante todo o programa, com as 4 horas de atividades em cenário de prática com preceptor; sendo 2 horas de atividades de reflexão da prática com tutor e 2 horas de estudos, confecção de avaliações, relatórios/diários de campo e reuniões.

Começando o mês de maio, dia primeiro (1) foi feriado, coincidindo com um dos dias acordado, quarta feira. Sendo assim, não houve encontro/atividade nesse dia, respeitando, como orientado, os feriados do calendário.

Desse modo, o sexto contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 03 de maio de 2019, sexta feira, na UBS “Felicidade”. Nesse dia, fomos conhecer um pouco do trabalho da fisioterapeuta “Fernanda”; sobre o fluxograma de seus atendimentos. “Fernanda” nos disse que, dentre os atendimentos realizados na UBS “Felicidade”, somente não é atendido casos de neuropediatra e cardiopulmonar. Sendo assim, pacientes com esses casos são encaminhados para Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar. Posteriormente, falou sobre os outros locais que também realizava atendimento, além da UBS “Felicidade”: UBS “Alegria” e USF “Roma Tarantela”. Ela especificou que na UBS “Felicidade” e UBS “Alegria” são atendidas crianças, adultos e idosos com tendinite, dores crônicas, fraturas, Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outras doenças. Na USF “Roma Tarantela”, além dos atendimentos, são realizadas visitas domiciliares na última terça de cada mês. Além disso, são desenvolvidas atividades com o grupo de alongamento e fortalecimento, no salão da igreja “Santa Expedição”, pois a unidade de saúde **não possui espaço suficiente/adequado** para a realização das atividades. Infelizmente, mais um entrave para as ações de promoção/prevenção de saúde. Finalmente, contou que os encaminhamentos são enviados pela Santa Casa, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro Municipal de Especialidades em Saúde (CEME) e UBS/USF. No final do encontro, foi comentado que na semana seguinte haveria reunião de equipe na própria UBS “Felicidade”.

Entretanto, a reunião seria realizada na quinta-feira, dia 08, ao invés de quarta-feira, que é o dia combinado. Adriana me perguntou se haveria interesse de participar e disse que, apesar de ficar corrido devido à grade curricular, tudo bem. (Nesse dia daria certo de participar, pois a aula de quinta-feira tarde havia sido suspensa).

O sétimo contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 09 de maio de 2019, na UBS “Felicidade”. A UBS foi fechada, no período da realização da reunião de equipe, que ocorreu das 14h às 16h. No fundo da UBS, foi organizada uma roda de cadeiras, onde contou com a presença de vários funcionários, desde secretário, recepcionista, equipe de limpeza, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e profissionais da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutricionista). A seguir, alguns temas abordados na reunião: coleta de exame para diagnóstico/confirmação de dengue/chikungunya/zika; serviço de ambulatório de sexualidade realizado na USE – UFSCar, com atendimentos às quintas-feiras das 7h30min às 12h; realização da campanha da gripe e grupos a serem vacinados – Polícia Militar (PM), Bombeiros e Guarda Civil Municipal (GCM); abertura da clínica médica no Hospital Universitário (HU), com 12 vagas para a UBS “Felicidade”, regulada pelo sistema CROSS; necessidade de implantação da coleta seletiva dos materiais da Unidade de Saúde; foi comentado brevemente a respeito da palestra sobre gênero; a mudança dos procedimentos para lavagem das mãos e da eficácia do uso do álcool (assunto muito relevante, entretanto nesse momento ainda não havia surgido a pandemia do novo coronavírus); foi comunicado que haveria mudança no protocolo de atendimento da fisioterapia, sendo que cada guia terá direito a 10 sessões (exceto casos específicos); sendo que 03 faltas não comunicadas e consecutivas, excluirá o paciente. Foi sinalizado para que o 1º e o último atendimento sejam anotados em prontuário; dificuldades e problemas no e-SUS (sistema do Ministério da Saúde para otimizar a gestão da informação na Atenção Básica, o qual mantém um registro individualizado dos atendimentos de cada cidadão, identificado pelo Cartão Nacional de Saúde); mudanças ocorridas pelo CROSS desde abril/2019 e Cadastro de Demanda por Recurso (CDR). Apesar de breve, foi uma reunião produtiva, onde todos tiveram oportunidade para se manifestar e que conseguiu tratar vários assuntos e dar novos direcionamentos para as próximas ações da UBS.

O oitavo contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 10 de maio de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse dia foi questionado sobre o andamento e o desenvolvimento do curso de Ensino a distância (EAD), com tema “Educação Interprofissional

em Saúde”; de certa forma, uma cobrança, para nos familiarizarmos com o Programa. Foi discutido possibilidades e/ou sugestões de ações para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) preconizadas pelo Ministério da Saúde. Trocamos, brevemente, ideias dos cuidados existentes em saúde e qual era o meu ponto de vista sobre a organização do serviço apresentado. Naquele momento comentei sobre os grupos temáticos existentes, entretanto, de certa forma, acaba restringindo o número de pessoas, pois pelo próprio tema já se exclui certos participantes e, também, por possível **desconforto/inibição por acabar expondo os pacientes**.

No dia 15 de maio, houve paralisação de todas as atividades acadêmicas devido à Greve Nacional da Educação. Portanto, não houve atividade nesse dia.

O nono contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 17 de maio de 2019, na UBS “Felicidade”. Nesse dia, logo no início, retomamos um pouco sobre o curso EAD em andamento. Comentei o que tinha chamado mais minha atenção: o **constrangimento e exposição dos usuários/pacientes**, onde profissionais de saúde e/ou estudantes, fazem com que eles **passem pela mesma situação/sofrimento várias vezes, pelo fato de haver duplicidade, ou mais vezes, de coletas de informações**. Disse que seria interessante tentar pensar em alternativas a fim de otimizar a transmissão de dados coletados e informações levantadas, para se evitar esse tipo de situação e constrangimento por parte do paciente. Discutimos também sobre a importância da responsabilização do usuário no seu próprio tratamento, colocando-o como ponto central na produção dos serviços de saúde (o paciente como sujeito da ação). Nesse momento, Adriana comentou sobre casos atendidos na Unidade em que alguns usuários não aderem às orientações. Na parte final do encontro, ela me demonstrou como era realizada a confirmação da consulta no CROSS.

No dia 22 de maio de 2019 eu não estava bem de saúde, apresentando febre e indisposição. Portanto, não foi realizada atividade nesse dia. Posteriormente apresentei atestado médico.

O décimo contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 24 de maio de 2019, na USF “São Clemente”. Nesse dia foi realizada uma visita domiciliar. Estava presente, além de mim, Adriana e a coordenadora Letícia e alguns estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar. Fomos todos a pé até a residência do paciente, pois era próximo, cerca de 3 quadras. Durante a visita, os alunos de fisioterapia verificaram a pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), ausculta pulmonar e, também, foi discutido sobre os possíveis

exercícios que poderiam ser feitos pelo paciente. Por exemplo, treinar sentar e levantar a partir de uma cadeira firme, rígida (cadeira de cozinha), diferente do sofá ou poltrona, pois dificulta a realização adequada do movimento desejado, sendo um fator limitante para o progresso do quadro. Além disso, foi orientado para que os familiares estivessem sempre por perto para apoiá-lo durante os deslocamentos, a fim de se evitar possíveis quedas. Após a visita, retornamos para a USF, discutimos algumas anotações e fizemos a evolução do caso.

O décimo primeiro contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 29 de maio de 2019, na UBS “Felicidade”. Conversamos um pouco sobre a visita domiciliar realizada na semana passada. Disse que foi um cenário que proporciona vários tipos de aprendizagem, pois envolve aspectos humanos (relações interpessoais), aspectos técnicos (conhecimento adquirido), aspectos profissionais, éticos e morais; uma grande oportunidade educacional para todos os envolvidos. Posteriormente, Adriana comentou que havia conseguido autorização formalizada da gestão municipal para sair do local que estava vinculado atualmente (UBS “Felicidade”) e estava liberada para realizar visitas em outras Unidades de Saúde, a fim de conhecer novos cenários. Dito isso, ela propôs conhecer, na semana seguinte, outra Unidade de Saúde, a fim de conhecer seu funcionamento e profissionais de saúde envolvidos. Eu disse que tudo bem. Sendo assim, foi acordado e organizado para realizarmos visita na UBS “Brincadeira”, junto com a aluna Lara, estudante de terapia ocupacional.

O décimo segundo contato, em cenário de prática, com o preceptor, ocorreu no dia 31 de maio de 2019, na UBS “São Clemente”. Nesse dia, foi realizada uma visita domiciliar, no período das 14h às 16h. Estava presente, além de mim, Adriana e a coordenadora Letícia e alguns estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar. Fomos todos a pé até a residência do paciente, pois era próximo, cerca de 3 quadras. No início da visita, os alunos de fisioterapia verificaram a pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e ausculta pulmonar. Durante a visita, a nutricionista, Adriana, orientou o paciente e sua esposa, como diluir o espessante na água e qual deveria ser a densidade correta, pois o paciente possuía dificuldade de deglutição. Salientou que não era para dar água sem espessante em hipótese alguma, pois as chances de engasgar seriam grandes. Orientou a esposa sobre as opções de refeições que poderiam ser feitas e sugeriu uma divisão de responsabilidades com os demais familiares para/com o paciente, a fim de auxiliar no desenvolvimento do caso. Após a visita, retornamos para a USF, discutimos algumas anotações e fizemos a evolução do caso.

Terminado o mês de maio, foi elaborado, como de costume ao final de cada mês, o relatório das atividades realizadas para poder acompanharmos o desenvolvimento das ações e para que o coordenador tutor tivesse controle de nossas atividades (o formulário era enviado via “Google Forms”). Entre as atividades/apontamentos do mês, estão: um breve conhecimento do trabalho da fisioterapeuta “Fernanda”, na UBS “Felicidade”; a dificuldade em não possuir espaço suficiente/adequado para a realização das atividades nas unidades de saúde; participação da reunião de equipe, que ocorreu na UBS “Felicidade”; participação e acompanhamento de visitas domiciliares, pela USF “São Clemente”; oportunidade de conhecer um pouco do trabalho dos estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar;

Além disso, fiz uma síntese crítico-reflexiva sobre a trajetória de construção de aprendizagem e de realizações no PET – SAÚDE: “As atividades vivenciadas nesse mês de maio possibilitaram agregar novos conhecimentos, principalmente no acompanhamento das visitas domiciliares e o contato direto com o paciente, familiares e outros alunos de outras áreas da saúde (fisioterapia e terapia ocupacional). Percebi que a prática colaborativa está relacionada com a colaboração das práticas profissionais, com o reconhecimento da importância do usuário (o paciente como principal sujeito da ação), e da família na orientação dessas práticas. Sendo assim, a definição de um objetivo em comum, a eficiência do diálogo e o respeito com os outros profissionais da área, são fundamentais para que o trabalho em equipe possibilite funcionalidade e apresente resultado. Felizmente estou tendo oportunidade de participar desse programa, pois acredito que a atual grade curricular do curso está desatualizada, pois ao invés de formarmos profissionais colaborativos, que saibam lidar com o coletivo, estamos formando profissionais competitivos, enaltecendo a individualidade. Sendo assim, incitando as diferenças entre as profissões (determinando status e hierarquia), fazendo com que elas fiquem cada vez mais distantes”.

Terminado o mês de maio, houve a reunião mensal, como de costume, determinada pelo Programa, com os integrantes do PET-SAÚDE – “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (RASPDC), realizada no Departamento de Medicina, do campus da UFSCar, realizada das 18h às 20h. Nessa reunião, estavam presentes todos os participantes do grupo “Doenças Crônicas”, entre eles, coordenador tutor, tutores, preceptores e estudantes.

Na reunião, os estudantes tiveram a oportunidade de expor sobre as situações vivenciadas até o momento. Comentei sobre a oportunidade de ter conhecido outra Unidade de

Saúde (USF “São Clemente”) e ter realizado visitas domiciliares; a participação de uma reunião familiar na própria USF. Falei sobre a oportunidade de ter conhecido um pouco do trabalho dos estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar. Além disso, mencionei sobre um breve diagnóstico situacional levantados na USF “São Clemente”, a qual conta com alguns grupos de educação em saúde, por exemplo, grupo hiperdia; grupo saúde da criança e da mulher; e grupo de tabagismo, o qual é referência para o município.

Após o mês de maio, essa estrutura apresentada, como já mencionado em outro momento, se manteve durante todo o programa, com as 4 horas de atividades em cenário de prática com preceptor; sendo 2 horas de atividades de reflexão da prática com tutor e 2 horas de estudos, confecção de avaliações, relatórios/diários de campo e reuniões.

Esse modelo de cronograma se manteve durante toda minha permanência no PET-SAÚDE, até o mês de janeiro de 2020, respeitando os períodos de férias, totalizando 10 meses de permanência no Programa.

E a fim de não ficar um trabalho repetitivo, relatando todos os encontros, tanto em cenário de prática, como nas reuniões de departamento e pequenos grupos, a seguir irei apresentar algumas atividades desenvolvidas durante o Programa, e que foram as mais marcantes e relevantes para mim. Em anexo (Anexo 4), colocarei um modelo de PTS, da secretaria municipal de saúde, de São Carlos, do qual nos baseamos para auxiliar na formulação do nosso PTS.

Desse modo, no próximo subcapítulo, trataremos do “Projeto Terapêutico Singular”.

### *1.1.3. Projeto Terapêutico Singular<sup>2</sup>*

No mês de junho, fomos (preceptor, 1 estudante de terapia ocupacional e eu) conhecer a Unidade de Saúde da Família (USF) “São Clemente”, onde tivemos a oportunidade de participar de algumas reuniões de equipe e também nos interarmos do PTS de “Márcio”, parceiro de “Aurora”; o qual pudemos realizar visitas domiciliares, semanalmente, a princípio com a equipe de estagiários de fisioterapia da UFSCar, e que, analisamos aspectos nutricionais e de locomoção de “Márcio” muito limitantes.

---

<sup>2</sup>Por se tratar de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e para não comprometer quaisquer pessoas envolvidas direta ou indiretamente, tanto no Programa quanto o(a) próprio(a) paciente e seus familiares, utilizarei nomes fictícios e/ou resguardarei datas, endereços entre outros dados pessoais que possam identificar inadequadamente qualquer pessoa ou local/equipamento.

O paciente “Márcio” sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE), comprometendo a fala, dificuldade de deglutição e locomoção e gerando dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs) e convive apenas com a esposa, “Aurora”. É ela quem realiza os cuidados e auxilia o marido. Porém, “Aurora” possui perfil de acumuladora e possui dificuldade na organização dos objetos e da própria casa, dificultando o suporte necessário para os cuidados básicos, principalmente relacionados à alimentação e higiene pessoal dela mesmo e do marido.

Salientamos sobre a possibilidade de maiores cuidados para/com “Márcio” para tentar proporcionar maior independência, pois, de acordo com as informações fornecidas para nós e que pudemos presenciar, o paciente apresentava alimentação insuficiente e muito precária, como por exemplo, comer bolacha doce no café da manhã, arroz com ovo no almoço e um copo de suco/leite no jantar.

Além das dificuldades financeiras, possui vários cachorros, os quais tiveram mais crias recentemente e que, de certa forma, aumenta ainda mais os gastos.

A casa apresenta lixo acumulado por todos os cômodos, sendo um possível foco de criadouro de insetos e outros animais, sem contar o mau cheiro por toda casa.

Enquanto isso, pela parte de “Aurora”, presenciamos aspectos como falta de organização, pois a casa apresentava certa desordem, com objetos deixados por várias partes da casa, inclusive remédios e exames realizados e agendados. Diante de tal situação, tentamos passar algumas orientações sobre organizar os medicamentos para facilitar na hora de procurar.

Todos os membros do PET-SAÚDE (do grupo RASPDC), além do grupo de estagiários de enfermagem da UFSCar, se mobilizaram para tentar identificar possíveis escalas de avaliação cognitiva do paciente “Márcio”. Deixaram-nos sobreaviso de deixá-los cientes (“Márcio” e a esposa) do PTS e esclarecer sobre os passos que seriam tomados.

Outro agravante é que têm apenas um filho, o qual possui problemas com bebidas alcoólicas. Esse filho é casado, sendo assim, possuem uma nora e dois netos.

Praticamente toda semana realizamos visitas domiciliares nesse caso, para tentar desenvolver o PTS, proporcionar maiores condições de progressão do caso, principalmente de “Márcio”, sujeito do projeto.

Nas visitas domiciliares realizadas, fazíamos (minha preceptora, 1 estudante de terapia ocupacional e eu) um levantamento de informações, como por exemplo, número de



refeições diárias, quais alimentos consumia, verificação do peso corporal (levávamos uma balança), análise da capacidade de sentar/levantar, se locomover de modo geral, necessidades fisiológicas, higiene pessoal, além das dificuldades de se comunicar com “Márcio”, pois havia comprometimento da fala. No início, tentamos incentivá-lo a escrever o que gostaria de nos dizer ou perguntar, mas sentimos certa resistência por parte de “Márcio”. Desse modo, combinamos então, que faríamos a pergunta e ele sinalizava positivo (sim) ou negativo (não).

E algumas outras vezes, em outras visitas realizadas, as quais não estávamos presentes, o grupo de estagiários de fisioterapia da UFSCar realizava o levantamento de outras informações, tais como mensuração da pressão, batimento cardíaco e, como o paciente ficava muito tempo deitado, era realizado tapotagem, a fim de evitar adesão de secreção no pulmão. Posteriormente, nas reuniões com o grupo “RASPDC”, e por meio da tutora coordenadora “Letícia”, essas informações eram passadas para nós, a fim de auxiliar no desenvolvimento do caso.

Entretanto, reconhecemos que o quadro não apresentava progressão e não havia perspectiva de melhora devido à falta de organização, tanto física quanto psicológica da esposa. Sendo assim, solicitamos, com toda equipe, à coordenação geral do PET-SAÚDE, uma avaliação psiquiátrica para “Aurora”, esposa de “Márcio”, a fim de tentar auxiliar no desenvolvimento do caso.

É um cenário complexo, com vários entraves. Além dos fatores limitantes como já citados anteriormente, principalmente pelo aspecto financeiro e falta de atenção por parte da esposa e familiares.

Diante dessa situação, achamos melhor combinar um horário e marcamos uma reunião com um dos netos, realizada na própria USF “São Clemente”. Nessa reunião, devido à dificuldade de deglutição do paciente, achei relevante comentar sobre um possível engasgamento. Se caso acontecesse, orientei para ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com número de telefone “192”. E se por acaso, o atendimento de emergência demorasse a chegar à residência, e o paciente estivesse impedido de respirar, demonstrei a *manobra de Heimlich* (técnica de primeiros socorros utilizada em casos por asfixia). Posteriormente, salientamos a importância de tentar maior envolvimento do filho, nora e netos para auxiliar no caso; foi sinalizado para realizar campanha de doação dos filhotes de cachorro e, posteriormente, castrar a fêmea (mãe). Comunicamos, novamente, a fim de salientar sobre os

possíveis riscos do paciente, como por exemplo, engasgar com determinados alimentos e/ou líquidos, pois devido ao AVE sofrido, os alimentos e/ou líquidos não se movem normalmente da garganta para o estômago. Tal fato pode fazer com que as pessoas inalem (aspirem) secreções e/ou materiais da boca ao comerem ou beberem. E se a aspiração ocorrer por um longo período, as pessoas podem desenvolver doenças pulmonares crônicas.

Sendo assim, foi recomendado que “Márcio” consumisse pequenas porções e mastigasse bem os alimentos antes de engolir, além de colocar um certo tipo de espessante na água, a fim de facilitar a deglutição. Outras sugestões passadas foram a tentativa de mudar a posição da cabeça ao comer, exercitar os músculos da mastigação e fazer exercícios de coordenação para a língua.

Um sinal de alerta foi prestar atenção ao peso do paciente, pois a dificuldade de engolir, prolongada, pode levar a alimentação inadequada e ao emagrecimento.

Portanto, com essa **troca de informações entre profissionais da saúde** (enfermagem, fisioterapia, nutrição), **estudantes de outras áreas da saúde** (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional), membros da família e o próprio paciente e análise do cenário como um todo, por meio das informações colhidas em campo e seguindo as recomendações transmitidas a nós, acompanhamos o paciente por mais algumas semanas, conseguimos desenvolver algumas atividades e, felizmente, conseguimos ver a evolução do quadro!

Posteriormente, mudamos de cenário devido ao cronograma do Programa, ao qual preza pela rotatividade, a fim de realizarmos outras vivências e presenciarmos outras situações.

Desse modo, a fim de apresentar as outras atividades desenvolvidas e/ou acompanhadas no Programa, no próximo item, trataremos de “Conhecendo a UBS Brincadeira”.

#### *1.1.4. Conhecendo a “UBS Brincadeira”.*

A primeira visita realizada na UBS “Brincadeira, ocorreu no dia 05 de junho de 2019. Estava presente a preceptora, Adriana, a estudante de terapia ocupacional, Lara, e eu, representando o curso de Educação Física. Combinamos de nos encontrar na frente da UBS, às 14h, e aguardar até todos chegarem. Nesse dia, fui o primeiro a chegar; esperei alguns minutos e logo a preceptora e a estudante de terapia ocupacional chegaram. Na recepção, fomos muito bem “acolhidos” pela “Vanderleia”. Perguntou nossos nomes, cursos e qual era o motivo da visita. Quando falei que era do **curso de Educação Física, ela achou um pouco “diferente”**, para não

falar estranho, pois não lembrava ter recebido profissionais de educação física naquela unidade. Ou seja, para ela era uma novidade um estudante de educação física estar presente em uma Unidade de Saúde. Entretanto, após mencionar do PET-SAÚDE e seu breve funcionamento, com foco na interprofissionalidade dos cursos da área da saúde, ela compreendeu melhor a minha presença no local. Posteriormente, após breve apresentação, “Vanderleia” nos passou algumas informações das “tarefas diárias” da Unidade de Saúde. Colhemos algumas informações sobre as atividades incumbidas a eles (a UBS possui 2 recepcionistas), por exemplo, verificação da agenda, confirmação de consultas, atualização de dados cadastrais dos usuários, entrega de exames laboratoriais, separação dos prontuários, atendimento de telefonemas e fazer o lançamento e encaixe dos pacientes na agenda do CROSS. Posteriormente, nos passou um levantamento de informações colhidas pela própria UBS ao longo de seu funcionamento, por exemplo, a quantidade de prontuários cadastrados na própria UBS, contando com aproximadamente 9.300 usuários registrados. Além disso, eles têm o registro de todos os usuários que frequentam a unidade sem comprovar o endereço, chamados de *Eventuais*, representando cerca de 6.260 usuários. A UBS “Brincadeira” também possui registros dos usuários de outras 2 Unidades de Saúde, cobrindo todo território determinado por eles.

Desse modo, possuem um total de aproximadamente 19.932 usuários com prontuários cadastrados. Todos esses dados colhidos, número de prontuários, fichas *Eventuais* e as crianças da casa de acolhimento, estão registrados em uma planilha do *Excel*, elaborada pela própria UBS, pois o Sistema de Saúde não possui um modelo a ser seguido. Nesta planilha também é possível ter um acompanhamento dos usuários que mudaram de endereço e migraram para outra Unidade de Saúde. Achei muito importante esses registros, pois facilitam a organização e possíveis alterações dos dados dos usuários. Posteriormente, vimos, ao lado da recepção, um quadro com os profissionais que trabalhavam naquela UBS. Entre eles estão 03 *Clínicos Gerais* (de segunda a sexta-feira, cumprindo 20 horas semanais), sendo 02 do Programa Mais Médicos e 01 Funcionário Público (também realiza 20 horas semanais). Além desses médicos, possuem 01 *Ginecologista* (de segunda a sexta-feira, cumprindo 12 consultas por dia) e 01 *Pediatra* (de segunda a sexta-feira, cumprindo 15 consultas por dia). Possuem 02 *Enfermeiras* (de segunda a sexta-feira, cumprindo 40 horas semanais); elas realizam teste rápido, papanicolau, acompanha consulta de obstetrícia/puerpério, realizam orientação para cirurgias de vasectomia e laqueadura, orientam hiperdia e colaboram com a parte administrativa; 02 *Dentistas* (de segunda

a quinta-feira, cumprindo 6 consultas por dia, cada um; na sexta-feira realizam ação educativa nas escolas); 01 *Nutricionista* (de segunda e quarta-feira, realiza atendimentos individuais, sendo 1 hora na primeira consulta e 30 minutos no retorno); 02 *Fisioterapeutas* (de segunda a sexta-feira, cumprindo 30 horas semanais, com atendimento em grupo e individual); 01 *Psicóloga* (cumprindo 40 horas semanais) e 01 *Terapeuta Ocupacional* (cumprindo 30h semanais); ambas realizam 04 acolhimentos na terça-feira.

Os pacientes são distribuídos em atendimentos individuais ou em grupos, conforme a necessidade e posterior avaliação, serão atendidos na UBS “Brincadeira” ou na UBS “Reconhecer”, dependendo do perfil do usuário. Na UBS “Brincadeira” são realizados 02 grupos de saúde mental (um grupo para mulheres e outro grupo para homens), 2 vezes na semana (terça e quinta-feira). Seus atendimentos não precisam de encaminhamentos e as suas respectivas agendas não estão no sistema CROSS. Além desses profissionais apresentados, a UBS possui estagiários do curso de medicina e estagiários do curso de nutrição. A recepcionista nos disse que realiza encaixes em consultas para clínica geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria e dentista, de acordo com os preenchimentos das vagas ofertadas e pelo número de faltas de cada usuário. Após conversar com a recepcionista, eu, Adriana e Lara, pedimos para conhecer o espaço físico da UBS, e disse que tudo bem; sinalizou apenas para respeitar o espaço em caso de os profissionais estarem em atendimento com seus respectivos pacientes. Caminhamos pelos corredores da UBS a fim de tentar encontrar algum profissional para trocar algumas informações, porém as portas estavam todas fechadas, dando a entender que estavam em atendimento. A única porta encontrada que estava aberta, até o momento, e sem nenhum paciente na sala, era de um médico; a preceptora pediu para esperarmos e ela foi falar com ele, para tentar relatar um pouco do seu dia a dia.

Entretanto, Adriana disse que ele não poderia nos dar atenção naquele momento; seguimos adiante até voltarmos para a recepção, dizendo que não conseguimos contato com ninguém. Vanderleia disse para aguardarmos um momento e foi em busca de “alguém”. Retornou e disse que a sala de vacina estava nos aguardando. Nela estava presente 01 *técnica de enfermagem* e 01 *auxiliar de enfermagem*. Apresentamo-nos, falamos brevemente que era da UFSCar, e elas se apresentaram. Disse um pouco de suas rotinas; no mês de maio foram aplicadas 800 doses de vacinas do calendário obrigatório (contém 17 tipos de vacinas); realização da “Campanha da Influenza”, com aplicação de 1.000 doses; realização de 08 teste do pezinho no

mês passado (maio). Disse que cada vacina aplicada é digitada no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), escrita na “ficha espelho” e na carteirinha de vacinação do usuário. Comentou um pouco sobre a vacina para profilaxia (prevenção) da raiva, a qual o usuário, primeiramente, é avaliado pelo médico da Vigilância Epidemiológica (VIGEP). Após avaliação do usuário, caso haja necessidade de aplicação da vacina, a primeira dose é administrada na própria UBS e as demais, se houver necessidade, na VIGEP. Finalmente, perguntamos quais eram os 17 tipos de vacinas que são oferecidas pelo SUS; responderam que no calendário de vacinação brasileiro consta:

1. Vacina *BCG* (Bacilo de Calmette e Guérin) – protege contra as formas graves da meningite tuberculosa;
2. Vacina *Penta* (Pentavalente Acelular) – protege contra difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenza* tipo b e poliomielite;
3. Vacina *VIP* (Vacina Inativada Poliomielite) – protege contra poliomielite (paralisia infantil);
4. Vacina *VOP* – Vacina Oral Poliomielite (VOP) – protege contra poliomielite (paralisia infantil);
5. Vacina *Rotavírus* – protege contra gastroenterites graves (irritação e inflamação do sistema digestivo);
6. Vacina *Pneumo 10* – Vacina Pneumocócica Conjugada 10-valente (VPC10) – protege contra pneumonia, meningite e otite;
7. Vacina *Meningo C* (Vacina Meningocócica C) – protege contra o tipo C da doença meningocócica, que pode evoluir para meningite;
8. Vacina da *Febre Amarela* – protege contra a Febre Amarela;
9. Vacina *SCR* – protege contra Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR);
10. Vacina *Varicela* – protege contra a catapora;
11. Vacina *Hepatite A* – protege contra hepatite A (VHA);
12. Vacina *Hepatite B* – protege contra a Hepatite B (VHB);
13. Vacina *DTP* – protege contra difteria, tétano e coqueluche;
14. Vacina *DTPa* (versão acelular) – protege contra difteria, tétano e coqueluche
15. Vacina *HPV* (Papiloma Vírus Humano) – protege contra câncer do colo do útero, vulva e vagina, ânus e verrugas genitais;

16. Vacina *Dupla Adulta* (Vacina Dupla Bacteriana do Tipo Adulto – Dt) – é indicada como reforço para tétano e difteria; e
17. Vacina *da Gripe* – protege contra tipos de vírus Influenza (H1N1), H3N2 e linhagem B/Victoria.

Após comentar e citar sobre todas as vacinas que são oferecidas pelo SUS, perguntaram se queríamos saber de mais algum outro assunto ou se tivéssemos dúvidas, podíamos ficar à vontade para fazer mais perguntas. Dissemos que não, então nos despedimos da técnica de enfermagem e da auxiliar de enfermagem, as quais foram muito receptivas com a gente. Voltamos para a recepção e nos despedimos da “Vanderléia”. Agradecemos pela atenção e pela oportunidade de ter conhecido um pouco mais do trabalho da UBS “Brincadeira”.

Desse modo, a fim de apresentar as outras atividades desenvolvidas e/ou acompanhadas no Programa, no próximo item, trataremos da “Dinâmica do Copo Plástico”, também desenvolvida na UBS “Brincadeira”.

### *1.1.5. Dinâmica do Copo Plástico*

Após a realização da visita, no mês de junho, junto com a preceptora Adriana e, a estudante de terapia ocupacional, Lara, na UBS “Brincadeira”, a fim de conhecer o funcionamento da Unidade como um todo, desde espaço físico/estrutural, bem como os profissionais atuantes, foi sinalizado, para um próximo encontro, para que eu realizasse uma atividade para o grupo de “dor crônica”. Nesse momento, fiquei um pouco preocupado no sentido se “eu daria conta do recado?”. Tentei verificar com a Adriana o que seria possível desenvolver de atividade com aquele grupo. A princípio, ela comentou que poderia fazer alguns exercícios físicos com todo o grupo. Porém questionei sobre o fato de não conhecer o histórico de nenhuma delas. Adriana disse que não teria necessidade de conhecer, pois eles já tinham o costume de realizar com certa frequência atividades físicas em grupo, as quais eram aplicadas por fisioterapeutas da própria UBS “Brincadeira” e alguns estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar. Fiquei com certa insegurança, pois teriam profissionais acompanhando as atividades. Fiquei imaginando o que poderia aplicar de atividade física sem comprometer nenhum paciente. Alguns dias se passaram, ficava pensando em qual atividade desenvolver e, dias antes de aplicar a atividade, veio a ideia de propor uma “dinâmica” com o grupo, a fim de “conhecer um pouco mais de cada paciente”. Nesse sentido, **queria dar mais “voz ao paciente”**, ouvir suas queixas,

sem perguntar diretamente o que ele sentia, pois sabia que era constrangedor ficar perguntando a mesma coisa (“Qual sua queixa?”; ”O que você sente?”). Desse modo surgiu a ideia da dinâmica com os copos plásticos. Cada copo plástico, de material acrílico (transparente), foi intitulado (digitei as palavras no Word, imprimi, recortei e coleí com fita adesiva/durex transparente em cada copo), a fim de que ficasse visível a escrita em cada um deles. No total eram 4 copos, para cada paciente, cada um representando uma “atividade”; sendo elas: “Televisão”, “Internet”, “Tarefas Domésticas” e “Conversar com Familiares/Amigos”. Além disso, cada paciente receberia um determinado número de balas doces, a qual representaria o “tempo cronológico”, de modo que todos os pacientes receberiam o mesmo número de balas e teriam o mesmo “tempo” para distribuir em cada copo. Desse modo, cada copo plástico seria preenchido por balas doces, representando o tempo, de cada paciente, dedicado em cada atividade. Providenciei todos os materiais necessários para a execução da dinâmica (copos plásticos em material transparente, balas doces e fitas adesivas).

No dia de aplicar a atividade, fiquei um pouco ansioso, pois não sabia se iria atender as expectativas dos pacientes e da preceptora. Cheguei ao local com antecedência, a fim de organizar os materiais e o local, pois essa dinâmica seria em roda, de modo que todos os pacientes pudessem ver e escutar a fala de outro paciente. Sendo assim, junto com a preceptora e os estudantes estagiários, organizamos o espaço, colocando as cadeiras em forma de círculo e colocando os copos sobre uma mesa, de forma que facilitasse e favorecesse a vista de todos. Expliquei como seria a dinâmica e demos início à atividade. Cada paciente se apresentou brevemente para o grupo, dizendo nome, idade e queixa e foi colocando um pouco de balas doces em cada copo, de modo a estabelecer o tempo empenhado, no dia a dia, em cada atividade – “Televisão”, “Internet”, “Tarefas Domésticas” e “Conversar com Familiares/Amigos”. Posteriormente, após a distribuição de todas as balas doces nos respectivos copos plásticos, pedi para que, cada paciente, fizesse uma breve reflexão se aquele tempo despendido/empenhado em cada atividade estava sendo favorável ou não para a queixa relatada.

Foi muito interessante, devido aos temas que foram surgindo, pois além da queixa principal, da dor propriamente dita, apareceram relatos de ansiedade, solidão, depressão, falta de ânimo para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs), coisas consideradas simples por muitas pessoas, mas que com o agravamento das circunstâncias e condições de cada paciente, essas situações se tornam cada vez mais complexas e podem se tornarem fatores limitantes para realizar

as AVDs. Foi muito surpreendente, pois além do paciente que estava se apresentando, outros também diziam passar pela mesma situação. Era notória a necessidade de falar de cada um deles. Ou seja, o fato de possibilitar ouvir pessoas do mesmo grupo, faz com que as experiências compartilhadas proporcionem novas reflexões e novos diálogos, e, até mesmo, sugestões que são citadas pelos outros ouvintes/pacientes. A atividade teve duração de 1 hora, mas o tempo passou despercebido.

Foi muito emocionante ouvir cada um deles, pois, de certa forma, estavam compartilhando histórias de vida. Ao final, todos gostaram da “dinâmica com copos” e deixei os pacientes à vontade, caso quisessem levar as balas doces embora para casa. A preceptora e a tutora coordenadora acharam muito importante conhecer um pouco mais da história de cada paciente, pois possibilitaria novos encaminhamentos e/ou ações. Disseram estar surpresas com os relatos e salientaram que nunca tinham pensado em uma atividade desse tipo. Portanto, aplicar essa atividade foi muito gratificante, de modo que pude apresentar outra forma de abordagem com os pacientes e, de certa forma, “desmistificar” o profissional de educação física, visto, muitas vezes, exclusivamente, como a “pessoa que passa exercícios físicos”.

Desse modo, após ter realizado a “dinâmica do copo plástico” na UBS “Brincadeira”, tendo me familiarizado com os pacientes e conhecido um pouco mais sobre suas histórias de vida, foi pedido para que, em um próximo encontro, eu preparasse e ministrasse uma aula de atividade física para o grupo de dor crônica. Portanto, no próximo item, trataremos da “Aula Para o Grupo de Dor Crônica”

### *1.1.6. Aula Para o Grupo de Dor Crônica*

Essa atividade ocorreu na UBS “Brincadeira”, após vários encontros e acompanhamentos com o grupo de “dor crônica”. Foi uma atividade em que tive que preparar vários exercícios físicos, conforme solicitado pela preceptora Adriana, listá-los para me programar e articular com o tempo determinado para o grupo de “dor crônica”, 1 hora, a fim de não me perder com o tempo e aplicá-los aos pacientes de uma maneira tranquila. Isso foi um pouco complicado, pois dias antes de preparar a aula, ficava pensando em quais exercícios poderia passar; parecia faltar tranquilidade e sobrar ansiedade. Na verdade, **pareciam faltar vários outros aspectos, como competência, habilidade, eloquência**, entre outros, intensificando ainda mais a ansiedade. Entretanto, lembrei que, no terceiro semestre da graduação, havia



cursado uma disciplina optativa, ofertada pelo próprio Departamento de Educação Física e Motricidade Humana (DEFMH), intitulada como “Treinamento Corretivo Postural® - TCP”, e que preza por movimentos “globais”, dando ênfase aos movimentos e posturas conscientes (noção de propriocepção pelo sujeito que pratica), ou seja, é um método baseado na qualidade do movimento executado. Desse modo, recordei um pouco dos exercícios vivenciados nessa disciplina optativa, e que também proporcionaram experiências práticas aos alunos, as quais prezavam por movimentos naturais, de corpo livre, explorando amplitudes e variabilidades de movimentos. Portanto, elaborei uma ordem de exercícios a serem aplicados, de modo que a aula tivesse fluidez, com começo, meio e fim. Em apêndice (Apêndice 2), está o plano de exercícios, o qual foi aplicado para o grupo de dor crônica, da UBS “Brincadeira”. Como a aula prática teria materiais a serem utilizados, como colchonetes, cabos de vassoura, bolas de borracha, elásticos, step, entre outros, cheguei com antecedência na UBS a fim de separá-los e organizá-los para facilitar o andamento da atividade. Adriana e alguns estudantes estagiários de fisioterapia da UFSCar também me ajudaram nessa parte, além de organizar o espaço em que ocorreria a atividade; foi muito importante. Logo mais, os pacientes começaram a chegar e fui orientando para que cada um se posicionasse ao lado de cada colchonete espalhado pelo espaço. Assim que todos chegaram, cerca de 12 pacientes, dei início à aula. Consegui manter a calma, e a atividade ocorreu tudo bem, conforme a programação. Ao final, tanto a preceptora, quanto os pacientes, disseram ter gostado da vivência.

## APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA – UBS “BRINCADEIRA”

### Plano de aula - UBS “Brincadeira”

#### Parte Inicial – 10 minutos

- No colchonete, sentado, sinalizar para a reeducação postural, realizando respirações profundas (inflando a parte de cima do peito) – 2x10;
- Com as pernas entreabertas, elevar os braços à altura dos ombros e levar as mãos até onde conseguir alcançar (manter por alguns segundos) – 2x6;
- Em 6 apoios, alongamento do gato/camelo (inspiração – corcova) – 2x6;
- Em 6 apoios, alongamento de braços e pernas (estendidos contralateralmente) – 2x6;
- Alongamento inclinado (adutores), com flexão de tronco, cotovelo apoiado na perna flexionada, e, se necessário, a outra mão apóia-se no chão – 1x1;
- Alongamento de ombro, flexionando o braço cruzando o peito, contralateral à cabeça (ambos os lados) – 1x1;
- Alongamento de pescoço (anterior, posterior e lateralmente) – 1x1;

#### Parte Principal – 30 minutos

- Realizar uma simulação, pedindo para que peguem um objeto do chão e orientar em como deve ser realizado o movimento de agachamento;
- Com o cabo de vassoura, como guia, realizar agachamentos – 2x10;
- Em duplas, com o cabo de vassoura, realizar inclinação de tronco (m. oblíquo), passando o cabo de vassoura de um para o outro – 2x10;
- Remada – altura dos ombros (se tiver elásticos, realizar atividade em 2 pessoas) – 2x10;
- Perfilados, em duas fileiras (uma de frente para outra) realizar arremesso com bolas (realizar movimento de cima para baixo) quicando-a no chão, um para o outro – 2x10;
- Perfilados, em duas fileiras (uma de frente para outra) realizar arremesso com bolas (realizar movimento de baixo para cima) passando-a diretamente para o outro – 2x10;
- Em 2 pessoas, trabalhar panturrilha em pé (uma pessoa travando o step) – 2x15;
- Sentado, realizar elevação de panturrilha – 2x15;
- No colchonete, trabalhar abdômen reto – 2x15;

- No colchonete, trabalhar abdômen inferior (elevação de perna) – 2x10;
- No colchonete, realizar elevação de quadril – 2x10;
- No colchonete, realizar prancha – 30 segundos ou até próximo à fadiga;

**Parte Final – 10 minutos**

- No colchonete, deitado, realizar “pedaladas” – 2x10;
- No colchonete, deitado, com os braços abertos (crucifixo), flexionar as pernas e tombá-las lateralmente, uma sobre a outra – 1x1;
- No colchonete, deitado, trazer as pernas até o peito, realizar movimentos circulares para alongar a região lombar (ambos os sentidos de movimento) – 1x1;
- Em pé, realizar alongamento inclinado (abdômen transverso), com uma mão puxando o punho da outra mão – 1x1;
- Em pé, realizar movimentos circulares com os ombros (anterior e posterior) – 1x1;
- Em pé, realizar movimentos circulares com o quadril (ambos os lados) – 1x1;
- Espreguiçar-se.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### **CHAMADA NÚMERO 001/2018 - HABILITAÇÃO DE ESTUDANTES BOLSISTAS PARA COMPOR O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE - 2018/2019.**

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em parceria com o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFSCar e com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP, no uso de suas atribuições, e considerando:

1. O Edital MS nº 10, de 23 de julho 2018, que trata da seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019;
2. A Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências;
3. A Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 3 de março de 2010, que estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde;e
4. A Resolução 287 de 1998, do Ministério da Saúde, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho;

Torna público que estão abertas, no período de **03/12/2018 a 07/12/2018** (Anexo 2) as inscrições para o processo seletivo para o preenchimento de 30 vagas para discentes e também para voluntários e cadastro de reserva para discentes no PET- Saúde/Interprofissionalidade – São Carlos do Edital MS nº 10, de 23 de julho 2018.

As vagas serão destinadas para discentes dos Departamentos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

#### **1. DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL - PET**

- 1.1. Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
- 1.2. Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
- 1.3. Mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde, considerando- se estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fundamentos da mudança, na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde;
- 1.4. Sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
- 1.5. Qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde-SUS e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional-EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde.

#### **2. DOS CRITÉRIOS PRÉ-REQUISITOS DE ADMISSIBILIDADE E DAS VAGAS**

2.1. Esta chamada tem por objetivo o preenchimento de 30 (trinta) vagas, distribuídas entre os cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, o curso de Gerontologia receberá inscrições de estudantes apenas na modalidade voluntários pois este curso de graduação não foi previsto para receber bolsas pelo Edital MS nº 10, de 23 de julho 2018. As atividades terão o objetivo de desenvolver vivências e produzir conhecimento relevante na área de EIP para atuação no SUS;

2.2. Poderão participar como discentes bolsistas: estudantes regularmente matriculados nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, onde deverão dispor de 8 (oito) horas semanais, para dedicação à execução das atividades do PET;

2.3. A bolsa referente ao PET-Saúde/Interprofissionalidade não pode ser acumulada com o recebimento de qualquer outro tipo de bolsa PET-Saúde e/ou que tenha como atividade a monitoria/orientação/supervisão estudantil na graduação.

### 3. DAS VAGAS

3.1. Serão oferecidas 30 (trinta) bolsas para estudantes, e 5 vagas para voluntários para o curso de gerontologia, distribuídas da seguinte maneira:

**Quadro 3.1:** Cursos elegíveis e os respectivos semestres, com a discriminação do número de bolsas disponíveis para o PET-Saúde / Interprofissionalidade São Carlos:

CURSO	NÚMERO DE VAGAS	SEMESTRE
EDUCAÇÃO FÍSICA	05 bolsas	3º ao 6º
ENFERMAGEM	05 bolsas	1º ao 9º
FISIOTERAPIA	05 bolsas	1º ao 5º
GERONTOLOGIA	05 (voluntários)	3º ao 6º
MEDICINA	05 bolsas	1º ao 4º
PSICOLOGIA	05 bolsas	3º ao 8º
TERAPIA OCUPACIONAL	05 bolsas	3º ao 6º

3.2. Os demais candidatos, aprovados neste processo seletivo, formarão Cadastro de Reserva visando a ocupação de vagas de estudantes que ocasionalmente venham a se desligar do Programa durante o período de 02 (dois) anos.

3.3. Todo o estudante bolsista que desenvolver atividades no Programa, com aprovação do seu preceptor e do seu tutor, receberá uma declaração referente às atividades desenvolvidas.

3.4. Serão aceitos voluntários de todos os cursos, respeitando-se o número máximo de 8 estudantes por grupo PET, sendo um voluntário necessariamente do curso de gerontologia.

3.5. Dentre os estudantes que irão compor o cadastro reserva, os voluntários terão prioridade no remanejamento de bolsas em caso de vacância, desistência ou desligamento pela coordenação do PET-Saúde/Interprofissionalidade São Carlos devido ao não cumprimento das atividades e/ou conclusão do curso de estudantes bolsistas.

3.6. As bolsas que ficarem disponíveis deverão sempre ser preenchidas de modo a respeitar a distribuição de bolsas conforme o Quadro 3.1, não devendo ficar as bolsas desigualmente distribuídas entre os cursos.

### 4. DAS ATRIBUIÇÕES DOS ESTUDANTESBOLSISTAS

- a. Participar de todas as atividades programadas pelos professores tutores e preceptores;
- b. Zelar pela qualidade acadêmica do PET- SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos;
- c. Participar, durante a sua permanência no PET- SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos, de atividades de ensino, pesquisa e extensão sob orientação do tutor e preceptor;
- d. Manter bom rendimento no curso de Graduação;
- e. Disponibilizar carga horária mínima de 8 (oito) horas semanais para atuação no PET- SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos;
- f. Participar, publicar e/ou apresentar trabalhos acadêmicos em eventos de natureza científica, pelo menos um trabalho por ano, individualmente ou em grupo, fazendo referência à sua condição de discente bolsista do PET- SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos nas

- g. publicações e trabalhos apresentados;
- g. Comunicar antecipadamente ao Coordenador Geral do Projeto se houver a necessidade de desligamento do Programa, através do envio formal de correspondência constando a data de encerramento das atividades;
- h. Apoiar tutores acadêmicos e preceptores de serviço do PET-SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos em todas as atividades pertinentes ao projeto;
- i. Entregar ao tutor do grupo ao qual o estudante estará vinculado, o registro de atividades e frequência mensal até o dia 20 de cada mês;
- j. Cumprir com as exigências estabelecidas no PET-SAÚDE/Interprofissionalidade São Carlos.

## 5. PÚBLICO ALVO

Poderá candidatar-se ao PET-Saúde/Interprofissionalidade/São Carlos o acadêmico que atender, cumulativamente, os seguintes critérios:

- 5.3. Estar regularmente matriculado nos cursos de graduação, conforme quadro descrito no item 3.1 desta chamada;
- 5.4. Não ser bolsista de qualquer outro tipo de bolsa PET-Saúde e/ou que tenha como atividade a monitoria/ orientação/supervisão estudantil na graduação;
- 5.5. Não possuir qualquer tipo de vínculo empregatício público ou privado;
- 5.6. Ter disposição e interesse por atividades de campo, como visitas, estágios, inspeções, acompanhamento de práticas, dentre outras;
- 5.7. Ter capacidade de organização, síntese e boa escrita;
- 5.8. Ter um bom relacionamento pessoal e habilidade para trabalho em equipe e interprofissional;
- 5.9. Não estar em dependência em nenhuma disciplina no curso de graduação.

## 6. DA INSCRIÇÃO

6.1. Toda a documentação necessária para a inscrição constante no item 7, deverá ser entregue em envelope lacrado na secretaria do Departamento de Medicina (DMed).

O envelope deverá estar identificado da seguinte maneira:

**ILMO: Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto**

**NOME DO CANDIDATO:**

**ASSUNTO: INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO PARA ESTUDANTES BOLSISTAS - PET**

**Não serão aceitas inscrições após 07/12/2018.**

## 7. DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

Os seguintes documentos deverão ser entregues em envelope lacrado:

- 7.1. Ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada (Anexo3);
- 7.2. Histórico Escolar emitido pelo Sistema Integrado de Gestão Acadêmica – SIGA UFSCar, constando o Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) atualizado;
- 7.3. Cópia de um documento de identidade com foto;
- 7.4. Cópia do CPF;
- 7.5. Memorial acadêmico (Com apresentação do estudante, descrevendo sua trajetória no curso ao qual está matriculado, bem como suas experiências acadêmicas intra e extra curricular e suas expectativas para o PET-Saúde Interdisciplinaridade São Carlos). O memorial deverá ser digitado, datado e assinado, com no máximo 2 (duas) laudas. Fonte: Times New Roman tamanho 12, alinhamento: justificado, com espaçamento entre linhas de 1,5.
- 7.6. Comprovantes e/ou certificados de realização de atividades de iniciação científica ou de extensão, tendo como cenário de atuação a atenção básica à saúde do município de São

Carlos ou os serviços especializados que envolvam a rede de atenção psicossocial, a rede cegonha ou a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas deste município.

7.7. Quando aplicável, comprovante de inserção no ambiente acadêmico por ação afirmativa no vestibular.

## **8. PROCESSO SELETIVO**

8.1. A seleção para o projeto do PET-SAÚDE/Interprofissionalidade/São Carlos será realizada, conforme cronograma (**ANEXO 2**), da seguinte maneira:

Análise do histórico escolar do estudante quanto ao mérito, por análise do desempenho acadêmico e perfil de reprovações, com pontuação máxima de 4,0 pontos.

A análise do memorial terá pontuação máxima de 1,0 ponto.

### **Critérios de desempate (em ordem de aplicação):**

- a) Ser ingressando na UFSCAR através da reserva de vagas no SISU (Grupos 1 e 2).
- b) Estudante que esteja realizando, no momento, iniciação científica ou projeto de extensão sem bolsa, tendo como cenário de atuação a atenção básica à saúde de São Carlos ou os serviços especializados que envolvam a rede de atenção psicossocial, a rede cegonha ou a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas deste município (O estudante com mais tempo de dedicação a estas atividades tem prioridade).
- c) Já ter realizado iniciação científica ou projeto de extensão, tendo como cenário de atuação a atenção básica à saúde de São Carlos ou os serviços especializados que envolvam a rede de atenção psicossocial, a rede cegonha ou a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas deste município (O estudante com mais tempo de dedicação a estas atividades tem prioridade).
- d) < nº de reprovações do estudante;
- e) Média nas disciplinas aprovadas (HE do estudante);
- f) Ano de ingresso (estudante mais antigo na universidade tem prioridade);
- g) Idade (aluno mais velho tem prioridade).

### **8.2. Da Comissão de seleção**

A seleção será realizada por uma comissão formada por:

Um representante de cada um dos sete departamentos envolvidos: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional que sejam coordenadores ou tutores deste programa PET.

### **8.3. Resultado final**

8.3.1. Para ser considerado aprovado (considerando o número de vagas desta chamada) ou classificado no processo seletivo, o estudante deverá preencher o formulário e entregar conjuntamente com os documentos solicitados neste edital e ter pontuação mínima de 1,0 ponto na nota geral.

8.3.2. A classificação final dar-se-á, por curso (conforme o número de vagas que constam no quadro 3.1.), considerando-se a ordem decrescente de pontuação total dos candidatos inscritos para cada curso, sendo que os cinco primeiros classificados de cada curso serão considerados como estudantes bolsistas (tendo como exceção os estudantes do curso de gerontologia, que serão necessariamente voluntários), os demais irão compor o cadastro reserva, para assumirem a condição de bolsista caso haja alguma vacância de bolsa.

8.3.3. Ao se inscrever no processo seletivo o estudante deverá sinalizar se pretende ser voluntário no caso de não receber bolsa;

8.3.4. O estudante voluntário terá prioridade para receber a bolsa do cadastro reserva no caso de vacância de bolsa referente ao seu curso, dando prioridade e respeitando-se a ordem de classificação entre os voluntários, na ausência de voluntários no seu curso a ordem daquele curso será mantida (ou seja, o número de bolsistas serão sempre fixos, conforme quadro 3.1).

## 9. DO DESLIGAMENTO

O estudante será desligado do grupo nos seguintes casos:

- 9.1. Prática ou envolvimento em ações não condizentes com os objetivos do PET-Saúde/Interprofissionalidade;
- 9.2. Desistência;
- 9.3. Rendimento acadêmico insuficiente;
- 9.4. Reprovação em pelo menos uma disciplina, após seu ingresso no Programa;
- 9.5. Descumprimento das atribuições previstas nesta chamada, conforme item 4;
- 9.6. Conclusão, trancamento de matrícula institucional ou abandono do curso de graduação;
- 9.7. Não efetivação da matrícula semestral dentro do prazo regular estabelecido pela UFSCar.

## 10. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

- 10.1. O acompanhamento e avaliação periódica do estudante serão feitos pelos tutores, preceptores e coordenação do Projeto, durante todas as atividades previstas, onde será avaliada a assiduidade, pontualidade e a participação e envolvimento nas atividades;
- 10.2. Os estudantes que não tiverem bom desempenho em qualquer etapa no desenvolvimento do plano de trabalho poderão ser substituídos no decorrer do período, a critério dos tutores, com o aval do Coordenador. A referida bolsa será imediatamente remanejada para estudantes que irão compor o cadastro reserva, respeitando a ordem de classificação dos mesmos, dando prioridade aos estudantes que estiverem atuando como voluntários no momento da chamada;
- 10.3. Os estudantes bolsistas deverão apresentar relatório semestral, realizar avaliações semestrais das atividades PET, coletar dados e colaborar na publicação dos resultados conforme previsto pelo projeto, sob a orientação do tutor e preceptor.

## 11. DO PRAZO E VALOR

- 11.1. Serão selecionados estudantes para atuarem no PET-Saúde/Interprofissionalidade/São Carlos durante o período de **12 (doze) meses**, podendo ser renováveis por igual período a depender do desempenho do estudante;
- 11.2. Para os estudantes bolsistas, os valores das bolsas para estudantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade terão como referência as Bolsas de Iniciação Científica, modalidade IC, em conformidade com a RN-015/2013 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) a todos os bolsistas aprovados no processo seletivo.
- 11.3. Os valores mensais correspondentes às bolsas serão creditados pelo Ministério da Saúde diretamente na conta dos estudantes bolsistas, não configurando vínculo empregatício com a UFSCar.

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. A inscrição implica na aceitação, por parte do(a) candidato(a), dos termos presentes nesta chamada;
- 12.2. A constatação de informações falsas anulará todo e qualquer procedimento relacionado ao candidato;
- 12.3. Os casos omissos desta chamada serão analisados pela Coordenação do PET-Saúde/Interprofissionalidade/São Carlos, em conjunto com a Pró-Reitoria de Graduação, Tutores e Preceptores do Programa.

São Carlos, 30 de novembro de 2018.

---

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto  
Professor do Departamento de Medicina  
Coordenador do PET-Saúde Interprofissionalidade  
Universidade Federal de São Carlos



## ANEXO 2 - CRONOGRAMA

Universidade Federal de São Carlos  
 Prefeitura municipal de São Carlos  
 PET-Saúde Interprofissionalidade

O calendário de execução da presente chamada ocorrerá conforme datas a seguir:

<b>DATAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
03 a 07/12/2018	Período de inscrição e entrega de documentos;
12/12/2018	Resultado preliminar – divulgado no site do CCBS e CECH UFSCar.
13/12/18	Período de solicitação de recursos
14/12/18	Análise dos recursos
15/12/18	Resultado final – divulgado no site do CCBS e CECH UFSCar.

**CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / CECH Centro de Educação e Ciências Humanas**

Universidade Federal de São Carlos  
 Prefeitura municipal de São Carlos  
 PET-Saúde Interprofissionalidade

### ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

#### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:

Nome: \_\_\_\_\_  
 Curso: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: Cidade: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

- 1) Minha inserção no ambiente acadêmico se deu por uma ação afirmativa no vestibular ( ) SIM / ( ) NÃO – se sim, favor anexar comprovante.  
 2) Em caso de não ser contemplado com a bolsa, desejo realizar atividades no PET- Saúde Interprofissionalidade de forma voluntária ( ) SIM / ( ) NÃO.  
 3) Realizo atualmente iniciação científica ou extensão sem bolsa, tendo como cenário de atuação a atenção básica à saúde de São Carlos ou os serviços especializados que envolvam a rede de atenção psicossocial, a rede cegonha ou a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas deste município ( ) SIM / ( ) NÃO.

**ATENÇÃO: anexar TODOS os comprovantes de realização destas atividades.**

- 4) Já realizei iniciação científica ou extensão sem bolsa, tendo como cenário de atuação a atenção básica à saúde de São Carlos ou os serviços especializados que envolvam a rede de atenção psicossocial, a rede cegonha ou a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas deste município. ( ) SIM, há quanto tempo: \_\_\_\_\_ anos / ( ) NÃO.

**ATENÇÃO: anexar TODOS os comprovantes de realização destas atividades.**

- 5) Caso venha a ser aprovado, eu tenho a intenção de atuar, na seguinte ordem de prioridade, nas redes do município de São Carlos:

- Favor colocar, em ordem de prioridade (1º, 2º e 3º), qual a rede que você tem mais afinidade e pretende atuar durante sua participação no PET-Saúde Interprofissionalidade São Carlos

- ( ) Rede de atenção psicossocial  
 ( ) Rede cegonha (materno- infantil)  
 ( ) Rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Declaro estar de acordo com todos os termos da presente CHAMADA PARA SELEÇÃO DE ESTUDANTES BOLSISTAS PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE-2018/2019 DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar) EM PARCERIA COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, e comprometo-me com a veracidade e validade das informações prestadas neste formulário, bem como dos documentos anexados, considerando as implicações para a participação do processo de seleção.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) Candidato(a)  
 Nome completo

## ANEXO 4 – MODELO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)



# Prefeitura Municipal de São Carlos

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR – CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

USF: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profissional de Referência: \_\_\_\_\_ Gestor do Caso: \_\_\_\_\_

Nome	Composição Familiar:	Idade	Sexo	Parentesco	Ocupação

Genograma

## 2. QUEIXA PRINCIPAL (relato do usuário):

---



---

## 3. Lista de Problemas, necessidades que a equipe identifica na família: Prioridade:

_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )

## 4. Histórico breve de ações já realizadas (pela equipe e por outros serviços):

---



---

## 5. Principais dificuldades da equipe em relação à família:

---



---

## 6.

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO





# Prefeitura Municipal de São Carlos

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## Roteiro de Acolhimento NASF

Unidade (USF):  
Profissional que encaminhou:  
Profissional USF responsável pelo caso:  
**Nome usuário:**  
**Endereço:**  
**Contato:**  
**DN:**

Data:

**Nº. Prontuário:**

**Idade:**

Motivo do encaminhamento:

---

---

---

Relato de Caso:

---

---

---

---

Conduta Nasf:

---

---

---

Apoiador Matricial responsável pelo caso:

GENOGRAMA:

ECOMAPA:

## ANEXO 5 – CERTIFICADO DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE



AVASUS

CONHECIMENTO LIVRE E ABERTO EM SAÚDE

# Certificado

Certificamos que **Flávio**, CPF **42365447848**, concluiu sua participação no módulo **Educação Interprofissional em Saúde**, com carga horária de **30** horas/aula produzido e ofertado por Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

No período de 14 de Abr de 2019 à 09 de Jun de 2019, 09 de Jun de 2019.

Para verificar a autenticidade deste documento, acesse:  
<https://avasus.ufrn.br/mod/certificate/validar.php> e informe o  
código de verificação **CFzzDWMdZc**



## ANEXO 6 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE



**Universidade Federal de São Carlos - UFSCar**

**Prefeitura municipal de São Carlos**

**Santa Casa de Misericórdia de São Carlos**

**PET-Saúde Interprofissionalidade**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**



Declaro que o sr. Flávio Casetta Montera participou como estudante bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Interprofissionalidade – UFSCar – São Carlos – projeto 176 (edital nº 10, 24/07/2018) no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, dedicando-se 8 horas por semana, desenvolvendo atividades interprofissionais no âmbito da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no município de São Carlos.

São Carlos, 11 de fevereiro de 2020.

Prof. Responsável

Professor do Departamento de Medicina

Coordenador do PET-Saúde Interprofissionalidade São Carlos Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos - SP – BR

CEP: 13565-905

Tel: (16) 3351-8340

Email: jairbneto@ufscar.br