

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA PAULA GRIGGIO

**ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE DO
TRABALHADOR**

**SÃO CARLOS - SP
2019**

ANA PAULA GRIGGIO

**ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

São Carlos - SP
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Ana Paula Griggio, realizada em 28/02/2019:

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel
UFSCar

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit
UNIFESP

Profa. Dra. Márcia Nittuma Ogata
UFSCar

DEDICATÓRIA

À minha mãe, **Aparecida**, por toda dedicação, cuidado, carinho, amor, por suportar a distância, por todos os ensinamentos e por ser o alicerce e a força de nossa família.

Ao meu pai, **Jair**, por todo amor, ensinamentos, por sempre incentivar e apoiar meus voos, acreditar em mim e me mostrar que os sonhos podem ser realizados.

À **Claúdia**, o anjo que Deus me enviou como irmã, por existir, por me mostrar as reais riquezas da vida e que o amor pode ser incondicional e imensurável.

Aos meus irmãos, **Adriano** e **Cristiane**, meu cunhado **Marcos**, por todo amor, incentivo, cuidado, apoio e por sempre estarem ao meu lado.

Ao **Renan**, meu parceiro de vida, por todo o amor, cuidado e compreensão, por sempre acreditar em mim, me apoiar, incentivar e acalmar.

Dedico a todos vocês, além desse trabalho, toda minha gratidão e amor! Nada seria possível sem vocês! Agradeço à Deus por me proporcionar a oportunidade de trilhar a vida ao lado de pessoas tão especiais! Muito obrigada, amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que em sua infinita bondade e misericórdia me ofereceu lindos caminhos e me deu forças para enfrentar as batalhas da vida e finalizar este trabalho!

A todos que participaram deste estudo, compartilhando suas vivências e experiências, me mostrando a potencialidade do trabalho coletivo. Gratidão a cada um!

À minha orientadora, Profa. Dra. Vivian Aline Mininel, por todo o carinho e dedicação, por me acompanhar e apoiar durante todos esses anos, me ensinando, incentivando, ouvindo, aconselhando e partilhando comigo seus conhecimentos.

À Profa, Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, pela sua contribuição no desenvolvimento deste estudo, por todo o carinho e apoio durante essa jornada.

À Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit e à Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, por aceitarem participar da banca e contribuírem nesse trabalho.

À Debora, minha amiga querida, que se tornou uma parceira de vida, dividindo comigo os momentos bons e ruins, os sorvetes, os estudos e que sempre esteve ao meu lado! Você foi um presente!

À minha querida amiga Fernanda, por toda amizade, apoio, carinho e companheirismo durante todos esses anos.

À Adaene, uma grande amiga, que sempre se mostrou presente, me ouvindo, apoiando e incentivando!

À Maria, Sabrina, Karol, Karen e Regiane, amigas queridas, por todo o apoio e parceria de sempre.

Ao meu amigo Éder, por todo o apoio e amizade, por sempre se mostrar disponível e presente e por dividir comigo as pizzas, os sorvetes e os lanches.

De maneira geral, a todos os grandes amigos que fiz em São Carlos por toda amizade, apoio e parceria.

A todas minhas professoras do Departamento de Enfermagem (DEnf) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) pelos ensinamentos partilhados. Bem como, a todos os funcionários pelo apoio e prontidão em ajudar sempre.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por fomentar e possibilitar o desenvolvimento desse trabalho.

A todos os membros e parceiros do Grupo de Estudos em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho (GFST) pelo compartilhamento e apoio durante todos esses anos.

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho
caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.
Paulo Freire, 1997

RESUMO

GRIGGIO, A. P. **Análise da construção e implementação de uma Atividade de Educação Interprofissional na Saúde do Trabalhador**. 2019. 81 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

Pautado nos referencias teóricos da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa e no trabalho como Determinante Social de Saúde, este estudo teve como objetivo analisar a construção e implementação de uma Atividade de Educação Interprofissional (AEIP) na área de Saúde do Trabalhador. Foi desenvolvido por meio de uma Pesquisa-Ação, que contemplou duas etapas: (1) planejamento e construção da AEIP e (2) implementação e avaliação da atividade, desenvolvida em uma Instituição Pública de Ensino Superior. A etapa de planejamento foi realizada em cinco oficinas de trabalho e contou com a participação de seis docentes, sendo duas fisioterapeutas, uma educadora física e três enfermeiras e uma estudante de graduação do curso de enfermagem. A etapa de implementação e avaliação ocorreu em 15 encontros, totalizando 60 horas, com a participação de 16 pessoas, sendo cinco estudantes de graduação, três de estudantes de pós-graduação, cinco docentes e três profissionais da rede de saúde, representativos das áreas de Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Gerontologia e Psicologia. Nas duas etapas, os dados foram coletados por meio de registros em diário de campo, sendo compilados em sínteses na etapa de planejamento e, na implementação da atividade, analisados por Análise Temática. A avaliação ocorreu em processo, ao longo dos encontros e, ao término, por meio de um formulário avaliativo, construído exclusivamente para este fim, analisado por meio de estatística descritiva simples e sínteses das respostas textuais. As oficinas da etapa de planejamento possibilitaram a construção de três competências profissionais: (1) Integralidade do cuidado; (2) Trabalho como determinante social do processo saúde-doença e (3) Trabalho em equipe interprofissional. Resultou em uma atividade consistente, concebida por múltiplos olhares, experiências, conhecimentos e perspectivas, que não obteria tamanha riqueza se tivesse sido planejada isoladamente, por um único grupo profissional. A implementação da AEIP resultou em três categorias temáticas alinhadas com as competências construídas na etapa anterior. Na avaliação da AEIP os participantes apontaram satisfação com a atividade, destacando a importância da proposta e a oportunidade de discutir os temas com diferentes profissionais, experiências e perspectivas, incentivando reofertas da AEIP. Os registros do diário de campo

demonstram que a Saúde do Trabalhador ainda é uma lacuna nos currículos de formação das profissões da saúde que carece de investimentos e que a Educação Interprofissional é uma estratégia qualificadora da formação das profissões da saúde, capaz de refletir em significativas mudanças no modo de produzir cuidado e saúde.

Descritores: Integralidade em Saúde; Relações Interprofissionais; Saúde do Trabalhador; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Educação Superior.

ABSTRACT

GRIGGIO, A. P. **Analysis of construction and implementation of an Interprofessional Education Activity in Occupational Health.** 2019. 81 p. Dissertation (Master's degree) - Federal University of São Carlos, São Carlos, 2019.

Based on the theoretical references of Interprofessional Education and Collaborative Practice and on work as a Social Determinant of Health, this study aimed to analyze the construction and implementation of an Interprofessional Education Activity (AEIP) focused on Occupational Health. It was a Research-Action which comprised two steps: (1) planning and (2) implementation and evaluation of the activity, developed at a Higher Education Institution. The planning step was performed in five workshops and had the participation of six professors, who were two physiotherapists, a physical educator and three nurses, and a nursing undergraduate student. The implementation and evaluation step happened in 15 meetings, adding up to 60 hours, with the participation of 16 people, who were five undergraduate students, three graduation students, five professors and three health network professionals, representatives of Nursing, Physical Education, Physiotherapy, Gerontology and Psychology areas. In both steps, the data were collected through registers in field journal and compiled in synthesis in the planning step and analyzed by Thematic Analysis in the implementation of the activity. The evaluation was performed processually, throughout the meetings, and, in the end, through an evaluative form, built exclusively to this end, analyzed through simple descriptive statistics and synthesis of textual answers. The workshops in the planning step made possible the construction of three professional competences: (1) Integrality of care; (2) Work as social determinant of the health-sickness process and (3) Work in interprofessional team. It resulted in a consistent activity, conceived by multiple views, experiences, knowledges and perspectives, which would not obtain such richness if it was planned isolatedly, by a single professional group. The AEIP implementation resulted in three thematic categories aligned with the competences built in the previous step. In the AEIP evaluation, the participants pointed out satisfaction with the activity, highlighting the importance of the proposal and the opportunity to discuss the topics with different professionals, experiences and perspectives, encouraging new AEIP offers. The field journal registers demonstrate that Occupational Health is still a gap in the health professionals training curriculum, which lacks investments, and that Interprofessional Education is a

qualifying strategy in health professionals training, able to result in significant changes in the way to produce care and health.

Descriptors: Integrality in Health; Interprofessional Relations; Occupational Health; Health Human Resource Training; Higher Education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ganhos de conhecimentos apontados pelos participantes com a AEIP, 2017.....	55
Tabela 2 - Objetivos contemplados na AEIP, de acordo com participantes, 2017.....	56
Tabela 3 - Avaliações dos participantes sobre os aspectos gerais da AEIP, 2017.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1999.....	28
Figura 2 - Competências interprofissionais para atenção à saúde dos trabalhadores na APS, 2019.....	41
Figura 3 - Plano de desenvolvimento para a implementação da AEIP.....	44
Figura 4 - Considerações dos participantes sobre os pontos fortes e fracos da AEIP e sugestões, 2019.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIEPE	Atividades Curriculares de Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão
AEIP	Atividade de Educação Interprofissional
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
GT	Grupo de Trabalho
HPAC	Health Professions Accreditors Collaborative
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAS	Rede Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SESMET	Serviços Especializados em Engenharia e Medicina do Trabalho
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VerSUS	Vivências e Estágios na realidade do SUS
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa	21
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3.1 Educação Interprofissional e Prática Colaborativa	24
3.2 Trabalho como Determinante Social de Saúde.....	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 Participantes do estudo	31
4.2 Cenário de estudo	32
4.3 Procedimentos para a coleta de dados	33
4.3.1 Etapa 1: planejamento da AEIP.....	33
4.3.2 Etapa 2: implementação e avaliação da AEIP	34
4.4 Forma de análise dos resultados.....	35
4.5 Aspectos éticos.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Etapa 1: planejamento da AEIP	37
5.2 Etapa 2: implementação e avaliação da AEIP	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7 REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	71
ANEXO	81

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória como pesquisadora iniciou-se no segundo ano da graduação, 2013, atuando como aluna bolsista no Projeto de Extensão intitulado “Processo de Trabalho Gerencial em Enfermagem em Hospitais: O Desafio para a Gestão do Cuidado em Enfermagem”.

No ano seguinte, 2014, dando continuidade a proposta anterior, atuei em mais um Projeto de Extensão “Processo de Trabalho Gerencial em Enfermagem: Articulação Ensino/Serviço”. Desde do início das minhas atividades no ambiente de desenvolvimento dos projetos pude notar que os profissionais se queixavam regularmente da sobrecarga de trabalho, do cansaço e dos desafios que encontravam no cotidiano de trabalho. Eu, ainda no início da carreira profissional, não compreendia o porquê dessas questões e me questionava sobre o quanto a profissão poderia influenciar na saúde dos profissionais.

Em 2015, iniciei parceria como uma nova professora do Departamento de Enfermagem que, atenta aos questionamentos que eu trazia, propôs que desenvolvêssemos um novo Projeto de Extensão “Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem”, que me oportunizou vivenciar e acompanhar o processo de trabalho da enfermagem e, somadas algumas experiências adquiridas como estagiária dentro dos serviços de saúde do município, me fizeram compreender a complexidade que envolve a profissão e o quanto os profissionais estavam fragilizados no seu ambiente de trabalho.

Ainda em 2015, participei do Grupo de Estudos em Pesquisas sobre Saúde e Trabalho e desde então, o interesse pela temática só aumentou, eu me questionava sobre como o trabalho poderia influenciar tanto na qualidade de vida dos indivíduos e como os profissionais da enfermagem poderia oferecer uma assistência de qualidade sendo que, muitos deles, estavam adoecidos pelo seu trabalho.

Diante dessa inquietude, em 2016, desenvolvi Iniciação Científica sobre “Cargas de Trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em profissionais de Enfermagem”. Durante a coleta de dados desta pesquisa, tive a oportunidade de me aproximar e conversar com diversos profissionais de enfermagem de diferentes setores de atuação. Percebi que, independente dos setores e suas peculiaridades, as queixas relatadas pelos profissionais eram semelhantes e envolviam questões complexas como a maneira que o serviço era organizado, as relações de trabalho

estabelecidas, a gestão da instituição, os próprios pacientes, a sobrecarga de trabalho e outros inúmeros fatores que não dependiam somente da atuação do profissional de enfermagem. Então, comecei a refletir sobre qual contribuição eu poderia dar para esse contexto.

Ainda em 2016, em parceria com outros alunos e professoras, surgiu o Grupo de Pesquisa em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho (GFST), com reuniões regulares que oportunizavam troca de experiências e conhecimentos.

Frequentando as reuniões do GFST, comecei a estudar melhor a influência do trabalho no processo saúde-doença dos indivíduos e como a formação adequada dos profissionais poderia contribuir para que a Saúde do Trabalhador fosse fortalecida nos serviços de saúde.

Em uma das reuniões discutimos sobre a Educação Interprofissional, apresentada por uma professora do grupo que desenvolvia pesquisas com essa temática. Depois dessa apresentação e, vislumbrada com os resultados que a Educação Interprofissional alcançava, me senti encorajada a trilhar seus caminhos e a desenvolver esta pesquisa com o foco na Saúde do Trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

As constantes mudanças na realidade e complexidade dos serviços e das necessidades em saúde individuais e coletivas tem impulsionado o repensar dos processos de formação na área, com o intuito de proporcionar uma assistência integrada e qualificada aos usuários.

Iniciativas com esses objetivos começaram a ser discutidas e pensadas, no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, que atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) o papel de participar como ordenador da formação dos recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988).

De maneira a atender a disposição Constitucional, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS), com a proposta de coordenar políticas e iniciativas para a formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2003).

A partir de então, diversas propostas e políticas vem sendo implementadas por meio da articulação da educação e da prática profissional, com o objetivo principal de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que se alinhem aos princípios norteadores do SUS e às crescentes demandas de saúde da população, destacando-se o Vivências e Estágios na realidade do SUS (VerSUS), AprenderSUS e EnsinaSUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I, Pró-Saúde II) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, PET-GraduaSUS, PET-Saúde/Interprofissionalidade).

Criado em 2003, O VerSUS tinha como objetivo fortalecer o sistema de saúde proporcionando um espaço de ensino e aprendizagem. Em 2004, foi instituído o AprenderSUS, política relevante para fortalecimento da integralidade da atenção como dirigente da formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2005, inspirado em uma experiência anterior com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), foi criado o Pró-Saúde I, ampliado para um contexto de maior complexidade de formação dos profissionais para o SUS, articulando as universidades e os serviços de saúde. Este configurou-se como importante no processo de mudança da formação em saúde nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, favorecendo o protagonismo das Instituições de Ensino

Superior (IES) e proporcionando aos estudantes embasamento para atuar na realidade dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2005).

Também em 2005, foram instituídos os Programas de Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde pela Lei no 11.129, com ênfase na formação de trabalhadores para SUS, articulados estrategicamente pelos Ministérios da Saúde e Educação, com o objetivo de aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde a partir da vivência da prática profissional (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi criado o Pró-Saúde II, ampliando a proposta anterior para todos os cursos da saúde, tornando-se importante política nas mudanças da formação profissional em saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Com os avanços obtidos com o Pró-Saúde I e II, ainda em 2007, foi criada também o PET-Saúde, com abordagens nas áreas de Saúde Mental, Vigilância Sanitária, Redes, entre outras, resultado da articulação das ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de valorizar o trabalho em saúde como espaço de formação, por meio da complementariedade e dependência do ensino, pesquisa e extensão, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade, a interdisciplinaridade e interprofissionalidade (BRASIL, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Para além dos investimentos na formação dos futuros profissionais de saúde também se fez necessário investir nos profissionais que já se encontravam atuando na prática dos serviços de saúde. Para tanto, ainda em 2007, com o objetivo de fornecer mudanças na prática dos serviços a partir da reflexão dos trabalhadores sobre seu cotidiano de trabalho e ofertar oportunidades de reflexão e construção coletivas para os desafios encontrados, foi lançada a portaria nº 1996 que dispunha sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

O sucesso e avanços das versões do PET-Saúde impulsionaram a criação em 2015, do PET-GraduaSUS, com o objetivo de estimular movimentos de reforma curricular nas IES, fomentando a interprofissionalidade como premissa para a garantia de uma formação profissional coesa com a realidade do SUS (BRASIL, 2015).

Em 2018, foi lançado o edital para o PET-Saúde/Interprofissionalidade, com o intuito de promover, a partir dos elementos teóricos e metodológicos da EIP, a integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do SUS,

visando implementar os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde nessa abordagem (BRASIL, 2018).

Concomitantemente a este movimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde também vêm buscando um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento de competências profissionais e processos de ensino-aprendizagem ativos, centrados no estudante.

O termo competência pode ser conceituado como a capacidade de mobilizar recursos e um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que serão utilizados para enfrentamento e solução de problemas de forma eficaz, implicando diretamente na aprendizagem e capacidade de desenvolvimento (FLEURY; FLEURY, 2001).

O desenvolvimento de competências no campo da saúde requer a articulação da formação com a prática profissional, proporcionando aos estudantes a aprendizagem por meio de metodologias problematizadoras ou ativas de ensino e cenários de práticas propícios, dentro dos serviços de saúde (LIMA, 2005).

A formação baseada no desenvolvimento de competências tem o intuito de formar profissionais qualificados para enfrentarem as complexidades de saúde e garantirem a integralidade do cuidado.

A integralidade, princípio doutrinário do SUS, é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2000; PINHEIRO, 2009).

O cuidado em saúde, orientado pelo princípio da integralidade, transcende a execução de tarefas e o exercício das competências profissionais, materializando-se no encontro entre profissionais de saúde e usuários, desvinculando o foco da intervenção das práticas de saúde da cura das patologias para o cuidado de sujeitos (CHEADE et al., 2013).

Para tanto, é necessário que os profissionais atuem de maneira integrada e colaborativa, por meio de iniciativas que melhorem as relações entre si e o desenvolvimento do trabalho em equipe (PEDUZZI et al., 2013).

A promoção de iniciativas pautadas na interprofissionalidade na formação profissional contribui para o desenvolvimento da comunicação e colaboração entre as diferentes áreas profissionais, auxiliando na diminuição da fragmentação da assistência à saúde e no atendimento das necessidades de saúde, repercutindo na

segurança do paciente e na efetividade das ações (FRENK et al., 2010; REEVES et al., 2016a; WHO, 2010).

Neste sentido, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), conceituada como proposta na qual as profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada área, é uma estratégia inovadora e potente no fortalecimento do trabalho colaborativo e da comunicação em equipe, capaz de otimizar os serviços, melhorar os resultados da prática profissional e o cuidado aos usuários (REEVES et al., 2017; WHO, 2010).

A EIP consiste na quebra da lógica tradicional da formação em saúde e tem como características marcantes o desenvolvimento e aperfeiçoamento do trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisões (BARR et al., 2005; FRENK et al., 2010; WHO, 2010).

A EIP é reconhecida e estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus pressupostos fortalecem os princípios do SUS, pautados no conceito ampliado de saúde e na integralidade do cuidado (COSTA, 2016; WHO, 2010).

Entretanto, a consolidação do trabalho interprofissional enfrenta, como desafio, a formação em saúde sem qualquer integração entre os cursos, voltada para construção de identidades profissionais específicas isoladas, em um processo que se distancia da colaboração e do trabalho em equipe (COSTA, 2016; PEDUZZI, 2016).

Assim, investir em estratégias para superação deste obstáculo na formação em saúde é ação necessária nas IES, em parceria com os serviços de saúde. Inserir iniciativas de EIP nos cursos de graduação em saúde, por meio de articulação de conteúdos que abordem, de maneira transversal, temas comuns às profissões da saúde, por meio de aprendizagem compartilhada, estimulam o trabalho colaborativo e diminuem a competitividade entre os profissionais (KHABAZ et al., 2016).

Uma temática de extrema relevância, comum a todas as profissões da saúde e, notoriamente, pouco explorada na formação profissional e nos serviços de saúde é a Saúde do Trabalhador, que mesmo incorporada como área de competência própria da saúde, ainda enfrenta grandes dificuldades para sua efetividade (BRASIL, 1990, 2006).

Com a implementação do SUS, em 1990, o campo da Saúde do Trabalhador alcançou nova definição e delineamento institucional, originando novos

entendimentos e novas práticas no modo de organizar e fazer a Saúde do Trabalhador no País (BRASIL, 1990).

Em atendimento à disposição Constitucional, no ano de 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), principal estratégia da Saúde do Trabalhador no SUS. Integra a Rede de Atenção à Saúde por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e tem como finalidade elaborar protocolos, linhas de cuidado e instrumentos que favoreçam a integralidade das ações, envolvendo a atenção primária, de média e alta complexidade, serviços e municípios sentinela (BRASIL, 2002).

Com base nesta nova configuração do sistema de saúde nacional, passou-se a considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais os indivíduos estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho (BRASIL, 2002).

O trabalho, considerado pela OMS como um Determinante Social de Saúde (DSS), pode proporcionar ao indivíduo sensações de prazer e satisfação, bem como desencadear desgastes, sofrimento físico e mental, adoecimento e incapacidades (ANTUNES; PRAUN, 2015; LACAZ, 2016; PUERTO et al., 2014).

Mesmo com a definição de políticas voltadas para a Saúde do Trabalhador e a eclosão de estudos que salientam que o trabalho é um fator importante no processo de saúde-doença, o contexto atual evidencia o despreparo dos profissionais de saúde em reconhecer esta problemática, decorrente da negligência deste aspecto na formação e na educação em serviço (MARQUES et al., 2012).

Considerar as complexidades e paradoxos inerentes ao mundo do trabalho na atenção integral à saúde tornou-se um desafio para o SUS no sentido de incorporar, de forma efetiva, conceitos, ações e paradigmas que abarquem o contexto de trabalho na promoção da saúde (LACAZ, 2016).

Uma das estratégias para superar este desafio foi a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), vigente desde 2012, que preconiza a integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador, pressupondo a inserção de ações direcionadas a esta população em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento dessa população na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede (BRASIL, 2012).

As ações de atenção à saúde pautadas no princípio da integralidade, na centralidade do sujeito e nas necessidades em saúde individuais e coletivas, pressupõem o olhar para os múltiplos determinantes do processo saúde-doença, incluindo, entre estes, o trabalho. Assim, a formação profissional, seja durante a graduação ou após esta, deve prever a consideração destes aspectos, a fim de assegurar uma assistência integrada e de qualidade aos usuários.

O trabalho em equipe é uma competência profissional que também deve ser desenvolvida ao longo da formação profissional e estimulada durante a prática de trabalho, uma vez que se constitui em condição necessária para a integralidade do cuidado e das ações de saúde.

Todavia, a formação profissional em saúde, ainda fundamentada em modelos pedagógicos tradicionais e estruturas rígidas e hierarquizadas das IES, apesar de considerar nas DCN a integralidade do cuidado ao indivíduo, ainda forma profissionais com visão fragmentada do cuidado e, muitas vezes, com pouca interface no trabalho em equipe (SIQUEIRA et al., 2013). Ou seja, caminha em direção contrária à rede colaborativa de profissionais, que deve compreender as complexidades do mundo do trabalho na vida da sociedade e fornecer um atendimento integrado e direcionado às reais necessidades do público alvo.

Perdura a sensação de que os profissionais de saúde desconsideram as questões relacionadas ao trabalho (ou à ausência dele) nas ações em saúde, compreendendo a atenção à Saúde do Trabalhador como uma especialidade que deve ser encaminhada aos serviços especializados, como os Serviços Especializados em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) e similares.

Parte-se do pressuposto que este despreparo profissional em olhar para as questões relacionadas ao trabalho na atenção aos trabalhadores que buscam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode desencadear falhas nos encaminhamentos, inobservância de incapacidades ou outros distúrbios relacionados ao trabalho e prescrição de terapêutica ineficiente, refletindo na gravidade e cronicidade das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e nas condições mentais, psíquicas e psicossociais, que tem ocorrido de maneira insidiosa e, muitas vezes, não diagnosticadas e devidamente assistidas pelos profissionais de saúde.

Investir na formação de recursos humanos para atenção integral das necessidades em saúde, incluindo a análise dos aspectos relacionados ao trabalho, pode refletir na melhoria da assistência prestada ao usuário.

Cabe ressaltar, que por ser um tema que perpassa a formação de diversas áreas da saúde, a Saúde do Trabalhador pode ser abordada de forma transversal, contemplando as competências comuns entre as profissões, a fim de garantir uma assistência mais resolutiva ao indivíduo. Esta abordagem na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é enfatizada na PNSTT como estratégia para garantir o cuidado integral (BRASIL, 2012; GÓMEZ, 2013).

Para assegurar a integralidade no cuidado em saúde e uma prática que convirja para este princípio, é necessário que os profissionais de saúde sejam formados para atuarem e se articularem em equipe. Neste sentido, a EIP pode contribuir para que os profissionais estejam aptos a atender o usuário de forma integral, sendo uma potente estratégia para diminuir as barreiras e lacunas dos aspectos relacionados ao trabalho e suas influências nos processos de adoecimento dos indivíduos.

Dessa maneira, este estudo baseou-se na premissa de que a promoção da EIP voltada à temática da Saúde do Trabalhador pode produzir mudanças significativas na formação dos profissionais e qualificá-los para a assistência integral às necessidades de saúde dos indivíduos, considerando o trabalho como um determinante do processo saúde-doença, contribuindo para ao alcance dos objetivos das políticas e estratégias públicas destinadas aos trabalhadores e diminuindo a incidência de processos de adoecimento pelo trabalho.

1.1 Justificativa

Considerando a transversalidade e a importância da Saúde do Trabalhador no contexto da atenção integral à saúde, esse estudo tem relevância científica e social ao oferecer espaços de reflexão sobre a temática pautada na EIP, provocando possíveis mudanças na formação dos múltiplos profissionais que atuam no SUS.

Também agrega valor por ser um estudo de intervenção e pelo seu caráter inovador, ao buscar a estruturação de uma atividade que foi concebida, desenvolvida e implementada em equipe interprofissional, composta por docentes de diferentes cursos da IES e direcionada a um público alvo também diversificado, composto por estudantes e profissionais da área da saúde.

Este estudo investiu na formação profissional, possibilitando a participação de profissionais dos serviços de saúde na discussão dos temas com os estudantes, que, futuramente, ingressarão no mercado de trabalho; o envolvimento de diversos docentes e cursos da área da saúde, buscando a qualificação do cuidado; o uso de metodologias ativas, problematizando o cotidiano e proporcionando a construção de alternativas e resoluções coletivas.

Ainda, oportunizou avanços no conhecimento dos participantes, advindos da experiência com a Atividade de Educação Interprofissional (AEIP) na abordagem da Saúde do Trabalhador, ainda escassa tanto na literatura quanto na formação dos recursos humanos em saúde, podendo motivar outros pesquisadores a percorrerem caminhos semelhantes.

Além disso, foi uma iniciativa pioneira na IES a utilizar a EIP na formação em saúde, com ênfase na Saúde do Trabalhador, sendo apoiada por um grupo de docentes que já vinha discutindo a importância e a necessidade de inserção da EIP no contexto da IES.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os resultados de uma Atividade de Educação Interprofissional na área de Saúde do Trabalhador

2.2 Objetivos específicos

- Planejar uma Atividade de Educação Interprofissional na área de Saúde do Trabalhador
- Avaliar a implementação da Atividade de Educação Interprofissional na área de Saúde do Trabalhador

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esse estudo fundamenta-se nos referencias teóricos da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa e no trabalho como Determinante Social de Saúde.

3.1 Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

A discussão sobre a EIP teve origem na década de 1960, no Reino Unido, a partir da preocupação de alguns docentes sobre o processo de formação dos profissionais de saúde (REEVES, 2008). No entanto, foi amplamente divulgada a partir de 1980, quando um grupo de especialistas convocados pela OMS começou a discutir e propor estratégias para a reformulação desse processo, consolidando iniciativas de EIP que começaram a ser difundidas e replicadas mundialmente (BARR, 2015).

A EIP é definida como uma proposta na qual duas ou mais profissões aprendem juntas, entre si e sobre as outras com foco na melhoria da qualidade do cuidado ao usuário (BARR et al., 2005; WHO, 2010). É reconhecida, estimulada e apoiada pela OMS, que em 2010 lançou um documento intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, com o intuito de estimular e difundir a EIP e a prática colaborativa, qualificando os serviços de saúde (WHO, 2010).

Na EIP, o objetivo principal é fornecer subsídios para assegurar a formação de profissionais de saúde com mais aptidão para o trabalho em equipe efetivo. Dessa forma, a EIP tem como perspectiva concretizar práticas colaborativas no âmbito do trabalho em saúde (BARR et al., 2015).

A prática colaborativa está relacionada com a efetiva colaboração entre os profissionais nas práticas de saúde, sendo esta colaboração uma forma de trabalho com interdependência e integração das ações realizadas pelos diferentes profissionais (BARR et al., 2015). Assim, a colaboração consolida uma prática colaborativa pautada no reconhecimento e centralidade no usuário, família e coletividade (REEVES et al., 2018).

No entanto, a colaboração é um processo complexo que enfrenta vários desafios para sua consolidação, destacando-se a fragmentação das práticas de saúde, que favorece a competição entre os profissionais e a perda do compartilhamento de um objetivo comum a todos.

Na EIP, o trabalho em equipe, a discussão e o reconhecimento dos papéis profissionais, os objetivos comuns, o cuidado centrado no usuário, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes (WHO, 2010). Tais características são pautadas no desenvolvimento de competências profissionais, conceituadas como conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar e solucionar determinadas situações (FLEURY; FLEURY, 2001).

A EIP permite meios para o desenvolvimento de competências como a colaboração, a comunicação efetiva, o respeito e reconhecimento do outro e o estabelecimento de objetivos comuns, que otimizam os serviços e melhoram os resultados da prática profissional e do cuidado aos usuários (REEVES et al., 2017).

Iniciativas de EIP precisam ser planejadas de maneira conjunta pelos envolvidos, sendo eles docentes, estudantes, instituições, em discussões e planejamentos do desenvolvimento e consolidação da aprendizagem, possibilitando o surgimento de ideias e possibilidades para a aprendizagem interprofissional.

Os modelos pedagógicos da EIP são pautados em espaços igualitários e democráticos, onde os estudantes participam ativamente de seu processo de aprendizagem, contribuindo para a aprendizagem do outro e para o desenvolvimento e avaliação (BARR; COYLE, 2013).

A EIP acontece por meio da articulação de disciplinas ou módulos que abordem temas transversais às profissões da saúde, favorecendo o desenvolvimento de competências profissionais para o trabalho colaborativo e a integralidade do cuidado (KHABAZ et al., 2016). Dessa forma, diversas são as possibilidades, maneiras e contextos em que a EIP pode ser desenvolvida e implementada. Ainda, mostra-se como estratégia eficaz para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, competência profissional enfatizada nas DCN dos cursos da saúde e primordial para garantir a integralidade do cuidado.

As competências que podem ser desenvolvidas nas iniciativas de EIP dividem-se em: (i) competências específicas para cada área profissional, (ii) competências comuns a todas as profissões e (iii) competências colaborativas (BARR, 1998).

As competências específicas são as que asseguram as identidades profissionais de cada profissão. Por sua vez, as competências comuns são as que marcam a interseção entre todas as profissões, ou seja, que podem ser desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais sem interferências nos próprios limites

profissionais e dos demais; e as competências colaborativas são as que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (BARR, 1998).

Desenvolver as competências específicas e comuns por meio da EIP potencializam o desenvolvimento das competências colaborativas, pois a EIP vai no sentido oposto a lógica de formação uniprofissional, favorecendo a interação entre os diferentes profissionais (COSTA, 2017).

A formação por meio da EIP desenvolve profissionais de saúde mais colaborativos, preparados de oferecer assistência mais integrada, coerente com as necessidades e problemas de saúde (REEVES; HEAN, 2013).

Iniciativas pautadas na EIP produzem resultados positivos para os profissionais, para os serviços de saúde e para a população atendida, promovendo o comportamento colaborativo entre a equipe, a comunicação, otimizando o fluxo do cotidiano de trabalho, reduzindo as taxas de erros pelos profissionais e qualificando o cuidado prestado (REEVES, 2008; REEVES et al., 2018).

No entanto, apesar de ser reconhecida como potente no estabelecimento e fortalecimento da colaboração entre os profissionais e na garantia de um cuidado voltado para a integralidade, a EIP ainda enfrenta diversos obstáculos para sua implementação. Isso ocorre porque desenvolver uma formação pautada na EIP depende de: (i) ações e articulação das esferas governamentais com incentivo às políticas públicas indutoras de mudanças na formação em saúde, (ii) investimentos das IES na reformulação dos componentes curriculares e no apoio à capacitação docente e às iniciativas de EIP e (iii) fortalecimento das relações interpessoais e as interações entre os profissionais (COSTA, 2017).

Apesar das complexas mudanças requeridas na implementação da EIP, há um movimento significativo de apoio a estas iniciativas (COSTA, 2017). Assim, o contexto atual mostra-se propício para o desenvolvimento da EIP enquanto estratégia para superação da fragmentação da assistência em saúde e oferta de serviços de qualidade aos indivíduos, como por exemplo, no âmbito da Atenção à Saúde do Trabalhador, destaque deste estudo, temática que carece de investimento de recursos humanos capacitados e assistência qualificada.

3.2 Trabalho como Determinante Social de Saúde

De acordo com a OMS, os DSS são definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, considerando-se também os fatores sociais, econômicos, psicológicos, culturais, étnicos/raciais e comportamentais dos indivíduos e coletividade. Eles influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco e, para além disso, todas as dimensões do processo de saúde populações (WHO, 2008).

Diversos são os modelos que esquematizam as inúmeras relações e enfoques entre os DSS. No *modelo de Dahlgren e Whitehead* (Figura 1), um dos mais conhecidos, os DSS são dispostos em diferentes camadas de acordo com seu nível de abrangência (CARVALHO, 2012).

Neste modelo, em uma camada mais proximal aos indivíduos, são considerados os fatores individuais como idade, sexo e hereditariedade que, notoriamente, influenciam em suas condições de saúde. Na camada subsequente, encontram-se os fatores relacionados ao estilo de vida e ao comportamento, influenciados tanto pela individualidade como condicionados pelos DSS (CNDSS, 2008).

Na camada posterior, destacam-se as redes comunitárias e de apoio, cuja influência expressa-se em maior ou menor grau, de acordo com o acesso a essas redes. Na próxima camada são representadas as condições de vida e trabalho como o acesso a alimentos, saúde, educação, entre outros, considerados essenciais, indicando que diferenciações nesse acesso podem expor os indivíduos a melhores ou piores condições de vida (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por fim, a última camada representa os macrodeterminantes de saúde, ou seja, as condições relacionadas a economia, cultura e ambiente de uma sociedade, que influencia fortemente as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).



Figura 1 - Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1999. Extraído de Buss, Pellegrini Filho, 2007.

Este estudo considera o trabalho como um importante DSS, com significativa influência no processo saúde-doença dos indivíduos. Essa influência pode estar relacionada com o trabalho em si e com as condições de seu exercício (CARVALHO, 2012).

O trabalho tem estreita relação com a qualidade de vida do indivíduo, desencadeando satisfação, realização pessoal e prazer, bem como processos de adoecimento e sofrimento (ANTUNES; PRAUN, 2015). Condições de trabalho adversas tendem a expor o trabalhador a situações e riscos que podem afetar e comprometer sua saúde (CARVALHO, 2012).

Muitas produções científicas têm buscado compreender a relação e a influência do trabalho na saúde. Dentre elas, algumas apontam que ele pode causar sofrimento físico e mental, desencadeando adoecimento e dor, implicando em redução de capacidades e absenteísmo e, conseqüentemente afastamentos e aposentadorias precoces (ANTUNES; PRAUN, 2015; LACAZ, 2016; PUERTO et al., 2014).

O processo de adoecimento pelo trabalho pode ser relacionado com as formas de organização e os novos modelos de gestão, pautados em processos que visam o aumento da produtividade e das demandas do trabalho e a redução de gastos com a produção.

Para além disso, é necessário considerar a reformulação atual nas legislações trabalhistas, as novas formas de trabalho, a terceirização e a alta taxa de desemprego, potencializadores da incidência crescente de adoecimento, agravamento e cronicidade de doenças relacionadas ao trabalho.

É evidente que considerar o trabalho no processo de saúde-doença dos indivíduos é desafiador, pois envolve, além de fatores organizacionais, sociais e individuais, os serviços e os profissionais de saúde. E os aspectos relacionados a essa temática, ainda são negligenciados na formação em saúde e na prática profissional, contribuindo para que a Saúde do Trabalhador não seja de fato, compreendida e efetivada como uma das prioridades nos serviços de saúde (MARQUES et al., 2012).

Portanto, é necessário investir em estratégias de formação em saúde que sejam eficazes para atender as demandas de saúde dos trabalhadores e que contemplem uma prática colaborativa que viabilize a integralidade das ações.

Especificamente na área de Saúde do Trabalhador, há uma lacuna referente a inserção e abordagem desta temática nos currículos pedagógicos dos cursos da saúde, reflexo das DCN, que abordam o assunto de forma incipiente.

Assim, abordar a Saúde do Trabalhador por meio da EIP pode auxiliar a formação nesta área, capacitando os profissionais para o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas, com o intuito de qualificar a atenção à saúde da população trabalhadora.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo foi alicerçado no método da Pesquisa-Ação, definido por Thiollent (2011, p. 20) como:

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Na Pesquisa-Ação, o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas, mas sim pela situação social e problemas de diversas naturezas. Os participantes desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função desses problemas (THIOLLENT, 2011).

A Pesquisa-Ação constitui-se em um aporte capaz de subsidiar o planejamento conjunto, a elaboração de proposições e ações, num diálogo crítico e problematizador das fragilidades, necessidades e mecanismos de superação, fortalecendo o envolvimento dos sujeitos com o objeto da pesquisa (PESSOA et al., 2013).

A configuração da Pesquisa-Ação é flexível e não segue, necessariamente, uma série de fases rigidamente ordenadas, ou seja, depende dos seus objetivos, do contexto ao qual é aplicada e dos meios disponíveis para o seu desenvolvimento, podendo ser avaliada e reformulada durante todo o seu processo (THIOLLENT, 2011).

Dessa forma, para o alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira, consistiu no planejamento da AEIP e a segunda, na implementação e avaliação da atividade. As etapas foram desenvolvidas sequencialmente, sendo o produto da primeira etapa subsídio para realização da segunda.

Cabe ressaltar que a implementação a AEIP foi formalizada institucionalmente na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), por meio de uma modalidade denominada Atividades Curriculares de Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE), uma experiência educativa, cultural e científica que articula ensino, pesquisa e extensão e envolve professores, servidores técnicos administrativos e estudantes da UFSCar, buscando viabilizar e estimular o relacionamento com diferentes segmentos da sociedade.

Esta modalidade possibilita, ao estudante de graduação, integralização de créditos em atividades complementares e, aos demais participantes, certificado de participação na modalidade de curso de extensão.

A IES faz lançamento de edital anual para oferta de ACIEPE e, no ano de 2017, esta atividade foi ofertada com o título de “Educação Interprofissional para atenção à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde”.

4.1 Participantes do estudo

A identificação dos participantes para a etapa de planejamento da AEIP deu-se por meio de buscas em plataforma institucional por docentes dos cursos da área da saúde que possuíam atuação ou envolvimento com as áreas de saúde coletiva, saúde do trabalhador e EIP. Os convites aos potenciais participantes foram realizados por meio de correio eletrônico com a apresentação dos pesquisadores e breve explicação sobre os objetivos e desenvolvimento do estudo.

Vinte docentes foram convidados a participar do planejamento da AEIP; porém, muitos declinaram devido à dificuldade em conciliar os horários, embora tenham destacado a importância e interesse em colaborar com o processo. Aceitaram participar do estudo seis docentes dos sete cursos da área da saúde da IES.

Após o término da primeira etapa, iniciou-se o processo de divulgação da AEIP por meio de redes sociais, site institucional e cartazes fixados em pontos comuns da IES e dos serviços de saúde.

Foram critérios de inclusão para participação no estudo: (a) docentes que possuíam afinidade com a temática de estudo e que tinham participado da etapa 1 do estudo; (b) estudantes de graduação e pós-graduação com vínculo com cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, que se inscreveram na AEIP e atingiram, pelo menos, 75% de participação nos encontros realizados; (c) profissionais da área da saúde, que possuíam vínculo com a rede pública ou privada de assistência à saúde, que se inscreveram na atividade e atingiram, pelo menos, 75% de participação nos encontros realizados. Tais critérios são preconizados pelas diretrizes institucionais para cursos na modalidade de ACIEPE, para fins de emissão de certificado e integralização de créditos.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos critérios supramencionados e aqueles que não atenderam não foram incluídos como participantes de estudo.

Além dos participantes, também estiveram presentes em todos os encontros realizados nas duas etapas do estudo, uma observadora e uma moderadora com experiência nos temas e na facilitação de grupos. O primeiro foi responsável por registrar os dados observados em um diário de campo e o segundo por disparar e moderar as discussões e demais atividades.

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido na Universidade Federal de São Carlos, localizada no interior do estado de São Paulo. É destaque nacional pelo alto nível de qualificação de seu corpo docente e pelo investimento em atividades de ensino, pesquisa e extensão. No escopo da extensão, a universidade oferece 1355 atividades de extensão, 311 programas e 94 Atividades Curriculares de Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE), que viabilizam e estimulam o seu relacionamento com diferentes segmentos da sociedade. Institucionalmente, a AEIP foi cadastrada, aprovada e oferecida na modalidade de ACIEPE, possibilitando a emissão de certificados aos participantes. É importante ressaltar que a UFSCar é reconhecida por criar e fomentar as ACIEPEs, demonstrando o compromisso da instituição com a formação e com a sociedade.

No âmbito da saúde, a universidade possui: uma Unidade Saúde-Escola, ambulatório de média complexidade que atende a população do município e região; uma Unidade de Simulação em Saúde, que proporciona aos estudantes dos cursos da saúde simulações de situações vivenciadas na prática profissional; um Hospital Universitário, ambiente de aprendizagem e atendimento à população. Portanto, a Universidade, cenário de estudo, é referência em serviços de saúde prestados à população e, além disso, possui parcerias com os serviços de saúde do município, proporcionando aos estudantes a vivência da prática profissional.

Os encontros presenciais das duas etapas da AEIP foram realizados em salas de aulas disponibilizadas pela IES, com mobília adequada para o conforto e mobilidade dos participantes e para mudanças do layout da sala, viabilizando as dinâmicas de grupo, além de equipamento de multimídia e lousa.

Na etapa de implementação da AEIP, além dos espaços citados também foi utilizado um laboratório de simulação de postos e ambientes de trabalho, com o objetivo de que os participantes vivenciassem estações de trabalho. Os encontros virtuais foram realizados em ambiente virtual Moodle, também disponibilizado pela IES, e os participantes receberam suporte para manusear a plataforma.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

Desde o início, todos os participantes foram informados que a proposta da AEIP seria um estudo desenvolvido para uma dissertação de mestrado. Os dados foram coletados em dois momentos sequenciais: no planejamento da AEIP (etapa 1), que foi desenvolvida pelos docentes, sob a perspectiva da EIP; e na implantação e avaliação da atividade (etapa 2).

4.3.1 Etapa 1: planejamento da AEIP

Durante o planejamento da AEIP, foram realizados cinco encontros semanais com duração de até duas horas cada, em sala de aula disponibilizada pela IES. Esse planejamento foi construído com a colaboração dos docentes dos cursos da área da saúde que aceitaram participar da pesquisa e compuseram um Grupo de Trabalho (GT) para este fim. Os encontros foram realizados em horários posteriores ao expediente profissional, que favoreceram a participação de todos.

O GT contou com uma moderadora, com ampla experiência nos temas e na facilitação de grupos, que teve o papel de criar, manter e fomentar a comunicação entre os participantes, e com uma observadora, papel desenvolvido pela pesquisadora, responsável por redigir as informações levantadas pelo grupo em um diário de campo. O papel do observador é relevante para a pesquisa, pois proporciona que as informações e construções emitidas pelo grupo sejam compreendidas e validadas de forma efetiva.

O diário de campo foi redigido em processador de texto em computador portátil e os dados coletados foram validados pelo GT ao final de cada encontro, presencialmente ou à distância, por meio de compartilhamento de arquivo.

Optou-se por registrar os dados em um diário de campo devido ao fato de ser um meio muito utilizado em registros de observação, pois controla as informações e compreensões levantadas pelo observador durante os encontros, permitindo que

esses dados possam ser registrados e consultados a qualquer momento (POLIT; BECK, 2011). Um aspecto que facilitou os registros em diário de campo foi a habilidade e familiaridade da observadora em digitar em alta velocidade ininterruptamente, o que possibilitou a reprodução de diversas falas dos participantes.

Os dados validados pelos participantes foram compilados em sínteses, que serviram como subsídio para a reunião subsequente. Tais sínteses foram norteadoras para o estabelecimento das etapas para desenho curricular propostas por Grant (2014), que consiste em três fases:

1. Estabelecimento dos objetivos de aprendizagem nas grandes competências: nesta fase, foram definidos os objetivos a serem alcançados no final da atividade, ou seja, qual o conhecimento específico, habilidades e atitudes que os participantes deveriam alcançar com a AEIP. Isso possibilitou a construção de competências comuns que seriam desenvolvidas pelos participantes para atenção à Saúde do Trabalhador.
2. Definição das experiências profissionais: nesta fase foram definidos, a partir das experiências profissionais de cada participante, como os objetivos seriam alcançados e quais seriam os temas discutidos no decorrer da atividade.
3. Estruturação da AEIP e dos sistemas de avaliação: nesta fase, o GT definiu como a atividade se desenvolveria, qual seria a estrutura, período de duração, metodologias de aprendizado e estratégias pedagógicas utilizadas e como seriam realizadas as avaliações da atividade e dos participantes.

4.3.2 Etapa 2: implementação e avaliação da AEIP

A atividade foi implementada com base no delineamento e estrutura construídos pelo GT na etapa anterior.

A AEIP contou com carga horária total de 60 horas, sendo desenvolvida em 15 encontros semanais. Foram realizados nove encontros presenciais e seis virtuais (ensino à distância), com duração de quatro horas cada, às terças-feiras, no horário das 17h às 21h, a Saúde do Trabalhador permeou a discussão e reflexão do grupo em todos os temas abordados na AEIP.

Os dias e horários foram acordados com os participantes no primeiro dia da AEIP, favorecendo a participação dos interessados.

Os 15 encontros de implementação da AEIP foram registrados em diário de campo, redigido pela observadora. A avaliação da AEIP foi realizada em processo, ao término de cada encontro, sendo disparada pela moderadora com uma questão que direcionava aos aspectos que deveriam ser considerados naquele dia.

Após o encerramento da atividade, os participantes receberam um formulário avaliativo (Apêndice A), elaborado especificamente para este fim, contendo questões abertas e em escala Likert com 5 pontos: concordo fortemente; concordo; não concordo, nem discordo; discordo e discordo fortemente. Este formulário buscou avaliar: (i) o alcance dos objetivos propostos; (ii) a utilidade das informações compartilhadas; (iii) a ampliação dos conhecimentos nos temas abordados; (iv) o aprendizado com base nos objetivos propostos e (v) a estrutura, organização, desenvolvimento e estratégias metodológicas utilizadas. O formulário também continha quatro questões abertas, contemplando (a) o que mais surpreendeu, (b) o que mais apreciou; (c) o que menos apreciou e (d) sugestões.

Este formulário foi utilizado como subsídio para a avaliação da proposta e possibilitou identificar se os objetivos elencados foram contemplados e quais as adequações para propostas futuras.

4.4 Forma de análise dos resultados

Os registros do diário de campo da etapa de planejamento foram descritos, agrupados e analisados por meio de sínteses, que foram validadas pelo GT ao final de cada encontro e serviram de subsídio para as reuniões subsequentes. As sínteses conformaram o desenho da AEIP a ser desenvolvida posteriormente. A síntese compila os dados mais relevantes e sua descrição permite ao observador sintetizar e compreender o material empírico, podendo revisitá-lo por diversas vezes durante o processo (POLIT; BECK, 2011).

Os dados obtidos nos registros do diário de campo na fase de implementação e avaliação da AEIP foram analisados por meio de Análise Temática proposta por Thiollent (1997).

A Análise Temática na Pesquisa-Ação permite a análise do conteúdo dos dados coletados de maneira simplificada, identificando os termos mais importantes e as várias expressões onde são utilizadas, do ponto de vista dos atores da pesquisa que, neste estudo, foram os participantes da AEIP (THIOLLENT, 1997).

O uso da Análise Temática facilita o entendimento da linguagem dos atores e objetiva descobrir a significação dos termos utilizados, espontaneamente, por eles e que estão relacionados com temas relevantes no mapeamento dos problemas encontrados na situação investigada (THIOLLENT, 1997).

Os termos são agrupados, de acordo com suas significações, em categorias temáticas a fim de sistematizar os dados coletados. Busca-se, nesta categorização, a qualificação e significação dos dados e não somente, sua quantificação (THIOLLENT, 1997). Assim, foi realizada a leitura exaustiva dos registros em diário de campo e agrupamento de acordo com a repetição de termos, expressões e significados mais mencionados e presentes nos registros o que originou categorias temáticas.

Os dados obtidos do formulário avaliativo foram analisados por meio de estatística simples e agrupamento das respostas às questões abertas.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.291.292 e CAAE nº 68957817.5.0000.5504 (Anexo 1). Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C), que explicitou detalhadamente os objetivos da pesquisa, em linguagem de fácil entendimento, de modo a assegurar a plena compreensão das finalidades da pesquisa e de sua contribuição enquanto participante, bem como dos eventuais prejuízos existentes.

Este estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 510/2016, que considera as especificidades dos estudos na área de Ciências Humanas e Sociais que lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico, assegurando os direitos e deveres dos participantes de pesquisa, respeitando-os em sua dignidade e autonomia, assegurando sua voluntariedade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com as etapas de desenvolvimento do estudo.

5.1 Etapa 1: planejamento da AEIP¹

Foram realizadas cinco oficinas de trabalho com duração de, aproximadamente, duas horas cada. Os encontros ocorreram no mês de setembro de 2017, em horário posterior ao expediente de trabalho dos participantes, conforme previamente combinado. Contaram com a participação de uma moderadora, uma observadora, seis docentes, sendo duas fisioterapeutas, uma educadora física e três enfermeiras e uma estudante de graduação do curso de enfermagem, bolsista de extensão que acompanhou o desenvolvimento desta etapa. Cabe ressaltar que, apesar da baixa adesão entre os docentes, limitação deste estudo que previa a participação de, pelo menos, um docente de cada curso da área da saúde, não houve prejuízos na construção interprofissional, uma vez que estiveram presentes três profissões da área da saúde.

As oficinas possibilitaram a construção das competências profissionais com foco na interprofissionalidade e na prática colaborativa para a atenção integral à saúde dos trabalhadores; objetivos de aprendizagem; estratégias pedagógicas e de avaliação a serem desenvolvidas na AEIP.

A **primeira oficina** teve como objetivo a apresentação e reflexão sobre os aspectos teórico-metodológicos que subsidiaram a proposta de trabalho, perpassando pelas temáticas Saúde do Trabalhador, integralidade do cuidado, EIP e colaboração. O alinhamento teórico-conceitual do grupo foi estruturado a partir do levantamento de conhecimentos prévios dos participantes sobre os temas.

Durante as discussões, diversos conceitos foram esclarecidos aos participantes, com intuito de fortalecer a compreensão dos tópicos que seriam abordados ao longo da atividade. Destaca-se, dentre eles, o conceito de interprofissionalidade, entendido como sinônimo de interdisciplinaridade pela maioria

¹ Os resultados desta etapa estão publicados em: GRIGGIO, A. P.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M. da. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1799-1809, 2018.

dos participantes. A interprofissionalidade diz respeito a prática profissional, na qual se desenvolve o trabalho em equipes de saúde, enquanto a interdisciplinaridade está relacionada as disciplinas e áreas de conhecimento (PEDUZZI et al., 2013). O esclarecimento sobre estes termos mostrou-se essencial para o desenvolvimento das demais discussões.

O GT apontou a complexidade e a importância de abordar a Saúde do Trabalhador na APS por meio da EIP e destacaram alguns aspectos importantes a serem abordados no desenvolvimento da atividade, como a relevância do trabalho em equipe, integração de ações, comunicação, respeito e reconhecimento dos papéis profissionais, compreensão do processo de trabalho, centralidade do usuário nas ações de saúde, cuidado integral e troca de conhecimentos.

Tais aspectos convergem com as competências apontadas no referencial da *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), que considera as competências interprofissionais ou colaborativas como os conhecimentos, habilidades e atitudes que os profissionais precisam desenvolver para alcançar uma prática pautada na colaboração (CIHC, 2010).

Os participantes ressaltaram que, pelo fato da AEIP prever a participação de estudantes de graduação e pós-graduação de diversos cursos da saúde e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a identificação dos saberes comuns necessários para o cuidado do trabalhador no âmbito da APS seria primordial. Também demonstraram preocupação com a ousadia da proposta, que buscava abordar a Saúde do Trabalhador, a EIP e a Prática Colaborativa, temas pouco explorados na formação e qualificação profissional, colocando-se como sujeitos-aprendizes do processo.

A Saúde do Trabalhador é um tema quase ausente nos currículos dos cursos em saúde e por vezes, na prática dos serviços (MARQUES et al., 2012). A EIP, apesar dos importantes avanço com os movimentos estimulados e promovidos pela OMS e pela DEGES, que objetivam fortalecê-la e promover meios para seu desenvolvimento, também é incipiente. (BRASIL, 2017).

Essa carência percebida pelo GT, fortalece a relevância da proposta, que foi avaliada pelos participantes como potente e inovadora ao buscar a construção coletiva, enfatizando a pertinência dos temas abordados, a oportunidade de

aprendizagem, as contribuições pessoais, profissionais e os desafios para pensar em competências a serem desenvolvidas.

A **segunda e terceira oficinas** tiveram como foco a construção de competências interprofissionais para atenção à Saúde do Trabalhador na APS, por meio da definição de ações que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes.

Inicialmente, foi retomada a síntese do encontro anterior, com o intuito de lembrar os participantes sobre pontos principais discutidos. Posteriormente, foram apresentados os resultados de uma pesquisa realizada por uma estudante de graduação que analisou as DCN dos cursos da saúde, realizou revisão sistemática de literatura e entrevistas com docentes e profissionais, triangulação de métodos, com o objetivo de identificar as competências profissionais a serem desenvolvidas na Saúde do Trabalhador.

Os resultados desse estudo evidenciaram a invisibilidade da Saúde do Trabalhador nas DCN e nos Projetos Pedagógicos de Cursos da saúde. Além, da escassez na literatura de estudos que abordem competências profissionais para a saúde do trabalhador e o desconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento e a estruturação da RENAST, reforçando a necessidade de investimentos na temática e validando a proposta da AEIP².

Com base na apresentação destes resultados, os participantes identificaram quais as ações deveriam ser desenvolvidas durante a AEIP para que a Saúde do Trabalho fosse abordada de forma integral, sendo: (i) cuidado na perspectiva da integralidade, (ii) compreensão do trabalho como determinante social do processo de adoecimento e (iii) trabalho em equipe interprofissional.

Foi ressaltado pelo GT que a AEIP deveria destacar em seu desenvolvimento o cuidado pautado na integralidade que, segundo Kalichman e Ayres (2016), pode ser efetivada por meio da promoção e prevenção de doenças, articulando ações e serviços que considerem os múltiplos determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos.

Organizar as práticas de saúde pautando-se no princípio da integralidade exige uma superação das fragmentações das atividades desenvolvidas pelos profissionais,

² GERALDI, L. *et al.* Competências profissionais para a atenção à Saúde do Trabalhador. 2018. Submetido à Acta Paulista de Enfermagem (em avaliação).

horizontalizando os processos de trabalho, planejando e implementando as ações de maneira coletiva (PINHEIRO, 2009). Isso reforça a importância da complementariedade dos papéis profissionais e da colaboração frente as determinantes sociais do processo saúde-doença.

Para o GT, também foi necessário que a AEIP sensibilizasse os participantes sobre questões relacionadas a sua própria saúde enquanto trabalhadores, potencializando a compreensão do trabalho como um determinante e condicionante da saúde. Tal sensibilização contribuiria para o desenvolvimento da empatia, considerada pelo grupo como fundamental ao cuidado integral e conceituada por Terezam, Reis-Queiroz e Hoga (2017), como uma habilidade de se colocar no lugar do outro, acolhendo-o e buscando compreendê-lo em sua complexidade.

Destacaram que para que ocorra a compreensão da influência do trabalho é necessário que os profissionais da saúde explorem questões relacionadas a vida laboral do usuário, questionando-os sobre o processo e contexto de trabalho. A PNSTT enfatiza que as repercussões do trabalho na saúde do indivíduo é atribuição dos profissionais de saúde, que devem planejar em equipe as ações e alternativas que sanem ou amenizem as demandas de saúde dos trabalhadores, prevenindo a cronicidade dos casos de adoecimento e buscando a resolutividade (BRASIL, 2012).

Apesar de alguns profissionais identificarem a relação trabalho-saúde-doença, ainda encontram dificuldades em desenvolver a promoção, prevenção e vigilância, decorrentes do processo histórico e frágil de formação profissional para o reconhecimento do trabalho como importante determinante do processo saúde-doença (LACERDA E SILVA et al., 2014).

Outro tema sugerido pelos participantes foi o trabalho em equipe, enfatizado e definido nas DCN dos cursos da saúde caracterizado como estabelecimento de objetivos comuns com foco no usuário, na interdependência e complementariedade das ações profissionais, a corresponsabilização pelo cuidado, reconhecimento do outro e comunicação efetiva (BRASIL, 2017). Características que possibilitam a colaboração, indispensável para garantir a atenção integral aos trabalhadores.

O acolhimento também foi mencionado pelos participantes como um processo que depende da escuta qualificada e da comunicação efetiva, atributos destacados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007). O acolhimento é definido a partir do reconhecimento e compromisso da singularidade das necessidades de saúde

dos usuários, sendo uma importante ação a ser realizada em equipe interprofissional (BRASIL, 2010; REEVES; HEAN, 2013).

Com base nas ações levantadas, discussões, reflexões e construções do GT, foram definidas três competências interprofissionais para atenção à saúde dos trabalhadores na APS conforme demonstra a Figura 2:

Competência	Definição	Objetivos
Trabalho como determinante social do processo saúde-doença	Compreender o trabalho como um dos determinantes do processo de adoecimento dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compreender a determinação social do processo saúde-doença; ○ Reconhecer o perfil epidemiológico e produtivo da população adscrita ao território; ○ Compreender a estrutura da RAS e o sistema de referência e contra referência dos usuários.
Integralidade do cuidado	Compreender as múltiplas dimensões do cuidado em saúde, que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconhecer as bases do modelo de atenção à saúde brasileiro; ○ Compreender a estrutura e acesso RAS
Trabalho em equipe interprofissional	Compreender que o trabalho em equipe interprofissional se estabelece por meio da comunicação efetiva e da complementaridade das ações entre os profissionais de diferentes áreas, organizados com objetivos comuns.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilizar os participantes sobre seu papel e dos diferentes profissionais na APS, com ênfase na Saúde do Trabalhador; ○ Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe interprofissional, como: comunicação, foco nas necessidades dos usuários, resolução e conflitos, liderança compartilhada, reconhecimento de papéis profissionais; ○ Estabelecer objetivos comuns relacionados à atenção à Saúde do Trabalhador; ○ Desenvolver a prática colaborativa na atenção à saúde dos trabalhadores, por meio da discussão e análise conjunta dos casos.

Figura 2 - Competências interprofissionais para atenção à saúde dos trabalhadores na APS. São Carlos, SP, Brasil, 2019.

É relevante considerar que as três competências definidas pelo GT são alinhadas com os seis grandes domínios de competências na área de Saúde Pública, definidos pela *Association of Schools of Public Health in the European Region*, a saber: (i) métodos para saúde pública, como epidemiologia; (ii) saúde das populações

e determinantes sociais e econômicos; (iii) saúde das populações e determinantes ambientais; (iv) políticas de saúde, gestão dos serviços de saúde e economia da saúde; (v) promoção da saúde: educação em saúde, proteção da saúde e prevenção de doenças e; (vi) ética (BIRT; FOLDSPANG, 2010).

Esses domínios objetivam proporcionar ao estudante, por meio de uma formação de excelência, o desenvolvimento de competências profissionais capazes de qualificar o atendimento nos serviços de saúde, melhorando as condições de saúde da população (BIRT; FOLDSPANG, 2010).

Existe uma concordância entre organizações internacionais relevantes e a academia em se modernizar o conceito de ensino, com base em competências principais para a saúde pública que deveriam aumentar os níveis de desempenho dos profissionais (BJEGOVICK-MIKANOVIC et al., 2014). Isso reforça o desenvolvimento da proposta deste estudo, que buscou avançar no reconhecimento de competências para a atenção a Saúde do Trabalhador na APS.

A APS é um contexto que abrange a maior parte das necessidades de saúde da população, reorientada por um modelo assistencial pautado nos princípios norteadores do SUS e o primeiro contato do indivíduo com o sistema, considerando-o em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2006; OPAS/OMS, 1978). Deste modo, investir no desenvolvimento das competências profissionais estabelecidas pelo GT neste contexto fortalece as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde na atenção à Saúde do Trabalhador.

A **quarta e quinta oficinas** tiveram como objetivo definir a estrutura da AEIP, metodologias de aprendizagem, estratégias pedagógicas, avaliações da aprendizagem e da disciplina. A partir das competências e objetivos elaborados, as estratégias mais apropriadas para cada atividade foram construídas, com ênfase na interação dos participantes.

Foram definidas como estratégias para implementação da atividade: dinâmicas para estímulo do trabalho em equipe colaborativo; oficinas de trabalho; rodas de conversa; vídeos como disparadores de discussão; sala de aula invertida (flipped classroom); fórum de discussão online e discussões presenciais, pressupondo a participação ativa dos estudantes, métodos que podem garantir sucesso na EIP (REEVES, 2016b).

Estas estratégias fortaleceram o vínculo entre os participantes, que demonstraram, durante as dinâmicas de equipe e as discussões em grupo, comprometimento, cordialidade e respeito com os demais.

Vale ressaltar que investir em iniciativas que oportunizam a interação de diferentes atores e perspectivas favorecem o estabelecimento de relações mais solidárias e colaborativas, potencializando a produção de novos significados sobre o cuidado em saúde pautado na interprofissionalidade (LIMA et al., 2018).

Como estratégia principal de avaliação da aprendizagem, foi proposto um estudo de caso, sobre a assistência de um trabalhador na RAS, com o objetivo de oportunizar o acompanhamento de um caso na realidade da prática profissional, contemplando a identificação dos aspectos relacionados ao trabalho (perfil laboral, riscos relacionados ao trabalho, perfil epidemiológico) e a relação deste caso com os tópicos abordados na AEIP. Este tipo de avaliação permite que o estudante seja avaliado de acordo com seu desenvolvimento no processo, como aplicou os conhecimentos adquiridos na discussão do caso e como foi o desdobramento do trabalho em equipe para a resolução dos problemas (HPAC, 2019).

Ao término de cada encontro, eram realizadas avaliações das atividades propostas e, ao término da AEIP, foi utilizado um formulário avaliativo contendo itens em escala Likert de cinco pontos e questões abertas.

O GT, a partir de todas as discussões realizadas elaborou um cronograma de ensino (Apêndice D) para a implementação da AEIP, no qual constava informação sobre as datas e horários dos encontros, temas a serem abordados, descrição das atividades e estratégias e textos recomendados para a leitura. O cronograma foi disponibilizado aos participantes da AEIP via e-mail e apresentado no primeiro encontro.

A literatura aponta que a promoção da EIP implica em inovações curriculares (HEARTH et al., 2017), como a proposta planejada pelo GT para a AEIP. Também considera que oportunizar espaços de reflexão durante a graduação, amplia o olhar do futuro profissional de saúde, agregando conhecimentos sobre os diferentes papéis profissionais e o trabalho em equipe (ELY; TOASSI, 2018).

Além disso, o desenvolvimento deste estudo recebeu o apoio da IES o que também é apontado na literatura como um meio de garantir o avanço e a sustentabilidade de iniciativas de EIP (REEVES et al., 2017).

Desta forma, os resultados obtidos na etapa de planejamento serviram de subsídio para a etapa de implementação e os resultados obtidos são descritos a seguir.

5.2 Etapa 2: implementação e avaliação da AEIP

Participaram da implementação e avaliação da AEIP cinco estudantes de graduação, três estudantes de pós-graduação, cinco docentes e três profissionais da RAS, totalizando 16 participantes, além da observadora e mediadora e duas participantes que não finalizaram as atividades da AEIP. As áreas da saúde representadas foram Educação Física (6,3%), Enfermagem (56,3%), Fisioterapia (18,8%), Gerontologia (12,5%) e Psicologia (6,3%).

Os encontros foram realizados em salas de aula e laboratórios disponibilizados pela IES, bem como em ambiente virtual, contemplando os temas previamente propostos na etapa de planejamento: 1. Educação Interprofissional; 2. Modelos de Atenção à Saúde; 3. Integralidade do cuidado; 4. Política Nacional de Humanização; 5. Sistema Único de Saúde; 6. Rede de Atenção à Saúde; 7. Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador; 8. Interprofissionalidade; 9. Riscos ocupacionais e processos de adoecimento; 10. Perfil epidemiológico; 11. APS e Vigilância em Saúde do Trabalhador; 12. Reconhecimento denexo-causal. Os objetivos de cada encontro, os temas e as estratégias utilizadas estão descritos a seguir na figura 3.

Encontros	Objetivo Específico	Conteúdo	Estratégia	Materiais
1	Apresentação da proposta, levantamento de expectativas dos participantes e introdução aos temas da proposta.	Cuidado em Saúde; Educação Interprofissional;	Brainstorm; Dinâmica de grupo.	Tarjetas coloridas; Cartolina, canetas coloridas, cola, tesoura e fita adesiva.
2	Discutir os Modelos de Atenção à Saúde.	Modelos de Atenção à Saúde.	Fórum de discussão online com questão disparadora no ambiente virtual Moodle	Computadores.
3	Discutir e construir coletivamente os temas propostos e compreendê-los.	Integralidade do cuidado; Política Nacional de Humanização	Leitura de textos; Discussão em grupo.	Textos impressos.

4	Discutir e construir coletivamente os temas propostos e compreendê-los.	Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador.	Vídeo disparador “Na linha de corte”; Discussão em grupo; Roda de conversa.	Computador e projetor.
5	Discutir e construir coletivamente os temas propostos e compreendê-los; Divisão dos participantes em grupos para o estudo de caso.	Interprofissionalidade; Orientações para o desenvolvimento do estudo de caso.	Roda de conversa	Lousa
6	Iniciar o desenvolvimento do estudo de caso por meio de levantamento de informações.	Identificação de um trabalhador e seu percurso no sistema de saúde.	Ambiente virtual Moodle.	Computadores.
7	Discutir e compreender a relação entre trabalho e saúde	Trabalho e saúde	Leitura do texto “O caso da Violeta”; Roda de conversa.	Texto impresso.
8	Desenvolvimento do estudo de caso por meio dos conteúdos abordados.	Trabalho e saúde.	Ambiente virtual Moodle.	Computadores.
9	Discutir e compreender sobre os riscos ocupacionais e os processos de adoecimento.	Riscos ocupacionais e os processos de adoecimento.	Simulação de estações de trabalho.	Laboratório de simulação.
10	Identificação e compreensão de Perfil Epidemiológico.	Perfil Epidemiológico.	Buscas em bancos de dados nacionais.	Computadores.
11	Desenvolvimento do estudo de caso por meio das sínteses dos dados epidemiológicos levantados.	Perfil Epidemiológico.	Ambiente virtual Moodle.	Computadores.
12	Discutir e construir coletivamente os temas propostos e compreendê-los.	Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde do Trabalhador.	Oficina de trabalho; Roda de conversa.	Cartolinas e canetas coloridas;
13	Finalização do estudo de caso.	Estudo de caso.	Ambiente virtual Moodle.	Computadores.
14	Apresentar e discutir coletivamente os estudos de caso; Avaliação final da AEIP;	Estudo de caso versão final.	Apresentação livre;	

15	Participação em evento sobre Educação Interprofissional.	Educação Interprofissional em Saúde.	Conferência Internacional.	
----	--	--------------------------------------	----------------------------	--

Figura 3 – Plano de desenvolvimento para a implementação da AEIP, São Carlos, SP, Brasil, 2019.

Os encontros foram norteados por metodologias de aprendizagem que condizem com as propostas pela EIP que são metodologias que facilitam a construção coletiva e reflexiva do conhecimento e que proporcionam o protagonismo do participante no desenvolvimento do seu processo de ensino-aprendizagem, conforme previamente definido na etapa de planejamento e, também contemplaram a participação em evento de caráter internacional sobre o tema da EIP, desenvolvido na própria Instituição.

Os dados registrados em diário de campo foram analisados e categorizados em categorias temáticas que convergiram com as três competências previamente estabelecidas na atividade, a saber: (1) Integralidade do cuidado; (2) Trabalho como determinante social do processo saúde-doença; e (3) Trabalho em equipe interprofissional, um reflexo da própria organização AEIP, conformada para o desenvolvimento de tais competências.

(1) Integralidade do cuidado

Na primeira atividade realizada em ambiente virtual, os participantes foram convidados a refletir, com base nas leituras disponibilizadas e em seus conhecimentos prévios, sobre as características do modelo de atenção à saúde brasileiro.

O modelo de atenção à saúde pode ser conceituado como um sistema lógico de organização da RAS, influenciador do cuidado e das formas de organização dos serviços de saúde, do processo de trabalho e do uso de meios técnicos científicos (FERTONANI et al., 2015).

As discussões apontaram a persistência da hegemonia do modelo biomédico que, segundo os participantes, influencia, diretamente, o cuidado em saúde e a prática dos profissionais. Para eles, a ênfase na doença e nos aspectos biológicos, os elevados índices de hospitalização e uso irrestrito de tecnologias duras e recursos avançados fragmentou o cuidado em saúde, acarretando em intervenções tardias e pontuais sobre a saúde dos indivíduos, que sobrecarregam o nível terciário da atenção à saúde.

Na lógica desse modelo o foco das práticas de saúde está nas queixas dos indivíduos, nos sinais, sintomas e tratamento das doenças, além de uma assistência à saúde com predomínio de práticas hierarquizadas e desiguais entre as diversas categorias profissionais, acarretando, de fato, a fragmentação do cuidado, a dificuldade na implantação da integralidade e a comunicação e integração entre os serviços da RAS (FERTONANI et al., 2015).

Esse modelo hegemônico, também reflete na formação dos profissionais de saúde, centrada em metodologias de ensino conservadoras e incoerentes com as necessidades de saúde da população, formando profissionais com habilidade técnica, porém, com potencial reduzido para o cuidado integral (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Foi notória, durante as discussões, a compreensão dos participantes sobre a coexistência de dois principais modelos de atenção com pressupostos divergentes e eles reconheceram a existência de movimentos para superação do modelo hegemônico em direção ao modelo de atenção pautado na integralidade do cuidado que, segundo as falas, engloba promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde, coerentes com a proposta do SUS. Para eles, este modelo, busca qualificar o cuidado ao considerar o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração os DSS, o protagonismo dos sujeitos na corresponsabilização pelo cuidado e na integração das ações.

Discussões sobre esse modelo iniciaram-se a partir da implementação do SUS, considerando que era necessária a consolidação de um modelo de atenção que incorporasse, de maneira integral, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde porém, tornou-se evidente, a partir da implementação da Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de fornecer assistência integral e contínua aos indivíduos, famílias e coletividades, com ênfase na vigilância e promoção à saúde, em consonância com os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2006).

No entanto, sua concreta implementação ainda é um dos grandes desafios enfrentado nos dias atuais (FERTONANI et al., 2015). Isso acontece porque existe uma considerável distância entre a formulação das políticas de saúde e sua efetiva consolidação no cotidiano de trabalho (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Esses desafios foram destacados pelos participantes durante as discussões, que apontaram que na prática cotidiana de trabalho, ainda é forte a influência do modelo biomédico hegemônico nos processos de trabalho em saúde. Listaram, como

exemplos, o despreparo profissional em compreender e atender as demandas dos indivíduos para além da doença; a cultura da população e dos próprios profissionais em relação à promoção da saúde e prevenção das doenças, as falhas no sistema de referência e contrarreferência; a falta de investimentos em preparo profissional; bem como a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos físicos e materiais.

Instigados pela moderadora a apontarem estratégias para superação destes desafios, os participantes sinalizaram como potencialidades: a educação permanente, com valorização dos diversos profissionais e investimentos na formação pautada no trabalho em equipe interprofissional; a disseminação de informações e orientações à população sobre o cuidado em saúde; a compreensão sobre a organização em rede dos serviços de saúde; a aproximação entre gestores profissionais e usuários; investimentos em melhorias do ambiente e das condições de trabalho.

As estratégias apontadas pelos participantes condizem com o movimento existente no país para fortalecer as práticas profissionais no SUS como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004 e reformulada em 2007 pelo MS, com o intuito de formar e desenvolver profissionais e trabalhadores do SUS com visão crítico-reflexiva, preparados para enfrentar as necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2007). Além, dos investimentos em estratégias de formação profissional que integram e articulam ensino, serviço e comunidade visando a qualificação da assistência à saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Porém, apesar desses investimentos, a formação em saúde, pautada na construção de identidades profissionais específicas e isoladas, com pouca ou nenhuma integração entre os currículos, em um processo que se distancia da colaboração e do trabalho em equipe (NETTO; SILVA; RUA, 2016), requisitos indispensáveis para a efetivação do cuidado orientado pela integralidade, ainda é predominante.

Tais aspectos dificultam a quebra de paradigmas no modo de pensar e fazer a saúde e a efetivação do cuidado orientado pela integralidade mostra-se desafiador. Todavia, o desenvolvimento das competências profissionais para atuar em equipe, destacadas também nas DCN dos cursos da saúde, é indispensável para atendimento das necessidades em saúde individuais e coletivas, assegurando um cuidado que considere os múltiplos determinantes do processo saúde-doença, levantado pelos

participantes durante as discussões em torno dos modelos de atenção, emergindo assim, a segunda categoria temática.

(2) Trabalho como Determinante Social de Saúde

A AEIP teve como eixo norteador a Saúde do Trabalhador, temática abordada em todas as discussões realizadas e que tem sido alvo de diversos estudos no decorrer dos anos, enfatizando sua importância no contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças (HOFMANN; BURKE; ZOHAR, 2017; SOUZA; VIRGENS, 2013; VASCONCELLOS, 2018).

O trabalho, ou a ausência dele, mostra-se como um importante DSS e meio de renda para os trabalhadores. É por meio dele que o trabalhador adquire condições materiais de vida e se inclui socialmente, aspectos que influenciam na promoção de sua saúde bem como, no seu mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte. Esses influenciadores do processo saúde-doença dos indivíduos estão relacionados com os diferentes tipos de vínculos empregatícios, estabilidade e o acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários (BRASIL, 2018).

O processo de adoecer e morrer do trabalhador está relacionado, em menor ou maior grau, com o trabalho que ele exerce ou exerceu e sua exposição a fatores de risco durante sua trajetória de vida. Condições inadequadas de trabalho relacionadas ao uso de insumos, matérias-primas, objetos, máquinas e ferramentas nocivos à saúde, podem oferecer riscos, produzir lesões e causar doenças nos trabalhadores (BRASIL, 2018).

Um levantamento realizado e divulgado no Boletim Epidemiológico, emitido pelo MS em 2017, mostra que no período de 2010 à 2015, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 809.520 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho e que os agravos com maior número de notificações foram os acidentes de trabalho grave, com 439.457 (54,3%) casos, seguidos pelos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, com 276.699 (34,2%) e lesão por esforço repetitivo/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, com 47.152 (5,8%), somando um aumento de 74,4% das notificações relacionadas ao trabalho de 2012 para 2015 (BRASIL, 2017).

Esses dados, apesar de alarmantes, mostram uma parte da realidade da população trabalhadora visto que, muitos agravos sequer são notificados nesse

sistema, gerando subnotificação, comprometendo, diretamente, a saúde do trabalhador nos programas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. O caminho para avançar nesta perspectiva está relacionado à operacionalização da atenção integral ao trabalhador, que incorpore e dissemine a cultura de rede de saúde efetiva, intervindo na determinação social do trabalho no processo de saúde-doença do indivíduo (BRASIL, 2017).

No Brasil, políticas e estratégias vem sendo desenvolvidas com o objetivo de superar os desafios enfrentado pelo SUS nas ações da VISAT (LEÃO; CASTRO, 2013, VASCONCELLOS, 2018). Porém, diversos são os obstáculos para que a VISAT funcione como instrumento de fortalecimento da Saúde do Trabalhador, sendo alguns deles: o enfrentamento ao poder político-econômico, a falta de gestão nessa área nos diversos níveis e instâncias do SUS e a falta de apoio e compreensão de que as ações de atenção à Saúde do Trabalhador pertencem a saúde pública (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Durante as falas, os participantes destacaram que o cuidado qualificado, sustentado pelo princípio da integralidade, deve levar em consideração as questões relacionadas ao trabalho, emergindo reflexões de alguns sobre a sua própria prática profissional e vivências em ambiente laboral.

Relatos registrados no diário de campo demonstraram que olhar para a influência do trabalho no adoecimento dos indivíduos é desafiador, termo repetido com frequência pelos participantes. Talvez esta repetição tenha resultado da pouca familiaridade com o tema por alguns participantes, apesar das vivências enquanto trabalhador, que foram se dissipando com a progressão e aprofundamento nos temas relacionados.

Em vários momentos, as discussões convergiram para a invisibilidade da Saúde do Trabalhador nos currículos e na formação profissional, reconheceram que, apesar do arcabouço legal do SUS para atenção à Saúde dos Trabalhadores, ainda há falhas e pouca visibilidade desta população nos serviços.

Neste sentido, torna-se necessária a reformulação da formação em saúde para que abarque as questões relacionadas ao trabalho, capacitando os profissionais para reconhecer a influência dos riscos e agravos no contexto do trabalho e atuarem de maneira a garantir práticas efetivas na atenção à Saúde do Trabalhador (SOUZA; VIRGENS, 2013). Isso enseja a complementariedade dos saberes e práticas

profissionais no trabalho em equipe, com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado ao trabalhador (REEVES et al., 2017).

As leituras sugeridas na AEIP mobilizaram os participantes a refletir a atenção à Saúde do Trabalhador na APS, enquanto porta de entrada preferencial do trabalhador no SUS. É fundamental que equipes da APS estejam preparadas para identificar os agravos de saúde relacionados ao trabalhador e a lidar com eles na perspectiva da atenção integral, bem como orientá-lo e encaminhá-lo corretamente (BRASIL, 2018). Tais aspectos foram destacados pelos participantes nas discussões, relatando que as equipes precisam estar preparadas para receber, acolher e cuidar do trabalhador como tal e que a criação da VISAT e da RENAST foram grandes conquistas para o SUS. Entretanto, afirmam que, ainda, são necessários investimentos na formação profissional em saúde para fortalecimento deste contexto.

Na perspectiva dos profissionais participantes, os serviços de Saúde do Trabalhador apresentam-se paralelos à RAS, não se integrando com os demais pontos e linhas de atenção em rede, ainda são vistos como serviços de especialidade médica, o que dificulta ainda mais a atenção resolutiva às demandas de saúde do trabalhador.

A literatura aponta a lacuna existente a respeito do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da Saúde do Trabalhador no SUS, retratando que grande parte dos serviços de saúde pautam seus esforços apenas na notificação de agravos relacionados ao trabalho, movimento contraditório aos planos e políticas vigentes, comprometendo o atendimento resolutivo e de qualidade a população trabalhadora (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Para sensibilizar os participantes quanto à relevância da Saúde do Trabalhador no contexto da integralidade do cuidado, foi realizada uma oficina em laboratório de simulação com três estações de trabalho que simulavam atividades de levantamento de cargas; atividades monótonas e com foco na tarefa; e trabalho sentado com digitação de dados, todas planejadas com objetivos comuns a serem atingidos em equipe, com controle de tempos e rodízio entre os participantes.

A estação de simulação do trabalho com carregamento de cargas foi importante para que os participantes compreendessem a influência deste tipo de trabalho no desgaste físico do trabalhador e no desenvolvimento de possíveis doenças osteomusculares, referidas na literatura como importantes no processo de

adoecimento dos trabalhadores e conseqüentemente, no afastamento destes do trabalho (HAEFFNER, 2018; OLIVEIRA et al., 2013).

Em relação a estação de trabalho monótona e com foco na tarefa, o objetivo era demonstrar aos participantes como esse tipo de trabalho pode ser estressante e refletir em sofrimento psicossomático nos trabalhadores pois, são considerados como repetitivos e não estimulantes ou desafiadores, não exigindo criatividade (LACAZ, 2014).

A estação de simulação de digitação de dados reflete o trabalho caracterizado pela exigência de produtividade e ergonomia inadequada para seu desenvolvimento e muitos dos participantes reconhecerem-se como trabalhadores nessa estação, pois a maioria exerce tarefas semelhantes a essa no seu cotidiano.

Estas vivências provocaram reflexões sobre a exposição ocupacional e os adoecimentos decorrentes do trabalho, na maioria das vezes, não percebidos pelo trabalhador em suas queixas e ignorados pelos profissionais nas visitas aos serviços de saúde. Também demonstrou que o adoecimento pode ser físico e mental, especialmente, decorrente da pressão por produtividade, controle rigoroso e sobrecarga.

Apesar do crescente reconhecimento, inclusive do ponto de vista jurídico, da relação entre o trabalho e o adoecimento mental, ainda é deficiente o estabelecimento do nexo-causal. Isso acontece por ser um adoecimento com características complexas e silenciosas, com sintomas não palpáveis, diferenciando-se do adoecimento físico, mais facilmente identificado (CAMPOS, 2017; RABELO; SILVA; LIMA, 2018).

Os participantes apontaram que, no cotidiano de trabalho, notam a deficiência no acolhimento, na escuta qualificada e na comunicação efetiva entre os membros da mesma equipe e entre os serviços da rede. Enfatizaram a importância do trabalho colaborativo em equipe e a necessidade de engajamento de todos os envolvidos no estabelecimento de ações, estratégias e objetivos comuns para o alcance dos resultados desejados.

Destacaram que os desafios encontrados nos serviços de saúde requerem a construção coletiva de estratégias de enfrentamento e com a inclusão do próprio usuário, famílias e comunidades. Essa construção coletiva é enfatizada e

recomendada no Caderno de Atenção Básica nº 41, do MS, visando uma assistência mais resolutiva e de qualidade às necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2018).

Os participantes, ponderaram que os temas discutidos na atividade deveriam constar na formação profissional, bem como na educação em serviço, garantindo o desenvolvimento de competências específicas para atendimento às necessidades do trabalhador. Alguns relataram que tinham pouco conhecimento sobre a existência e funcionamento da VISAT, RENAST e CEREST, o que demonstra a escassez da temática na formação desses profissionais.

Diante das discussões sobre os desafios e potencialidades do trabalho em equipe para atender a saúde em sua integralidade, pressupondo considerando os determinantes sociais de saúde, resultaram na terceira categoria temática de análise.

(3) Trabalho em equipe interprofissional

Além dos textos e discussões, os participantes vivenciariam duas dinâmicas, em momentos distintos, para reflexão sobre o trabalho em equipe. Com base nas diferentes estratégias, apontaram que a integralidade se fundamenta em uma prática profissional voltada para a pluralidade do sujeito, sua centralidade no cuidado e no estabelecimento de objetivos comuns, sendo pré-requisitos para que isso ocorra o trabalho em equipe embasado na comunicação efetiva, na complementariedade das ações e no reconhecimento dos papéis profissionais.

Enfatizaram o reconhecimento de papéis e competências profissionais como indispensáveis para as relações e prática colaborativa, pontuando que o trabalho em equipe vai além de “trabalhar junto”. Para Peduzzi; Agreli (2018), o trabalho em equipe envolve o olhar para o outro com reconhecimento de sua contribuição no cuidado em saúde, buscando a comunicação baseada no respeito e empatia, a resolução coletiva das dificuldades encontrados no processo de trabalho, somando esforços para soluções que respondam as demandas do usuário, considerando seu protagonismo.

Os participantes confessaram que, muitas vezes, ignoram tais aspectos na prática profissional devido a fatores como a alta demanda do serviço, a falta de comprometimento de outros profissionais, a dificuldade nas relações profissionais, reconhecendo essas fragilidades e demonstrando prontidão para mudanças, esta especialmente motivada pelas dinâmicas em equipe.

Os participantes reconheceram que EIP é uma estratégia que contribui para o desenvolvimento de competências embasadas na compreensão e valorização dos papéis profissionais, facilitando o diálogo e a comunicação efetiva, o trabalho colaborativo e em equipe, a busca pela resolução de conflitos e a corresponsabilidade no cuidado, podendo contribuir significativamente para o cuidado integral ao trabalhador enquanto usuário do SUS, aspectos semelhantes aos referidos e reconhecidos na literatura (COSTA, 2016; PEDUZZI; AGRELLI, 2018; REEVES et al., 2017).

Avaliação da AEIP

No término de cada encontro da AEIP os participantes eram instigados a avaliar o encontro por meio de uma frase ou palavra. Essas avaliações foram utilizadas como norteadoras para o decorrer do processo da AEIP e para os encontros subsequentes. Nelas, os participantes utilizaram, repetidas vezes, as palavras “conhecimento”, “desafiador”, “reflexão”, “enriquecedor”, “comprometimento” e “satisfatório”, apontando a satisfação em participarem desse espaço de troca de conhecimentos, informações e experiência, proporcionado pela AEIP e, o quanto essas discussões agregavam no seus âmbitos pessoais e profissionais.

Em um dos encontros, eles apontaram que o texto utilizado para disparar a discussão era muito longo e difícil linguagem, comprometendo o seu entendimento, esse apontamento refletiu a importância da construção conjunta das estratégias utilizadas na AEIP e a reformulação de escolha de alguns textos pré-selecionados. Cabe ressaltar que permitir que os participantes façam avaliações do processo das iniciativas de EIP é importante e necessário pois, fornece indicadores e subsídio capazes de qualificar e garantir a efetividade destas iniciativas (HPAC, 2019).

Além das avaliações em processo, realizadas ao final de cada encontro, os participantes responderam ao formulário avaliativo disponibilizado ao término da AEIP. Quanto ao alcance dos objetivos propostos, 18,75% referiram que seus objetivos foram plenamente atendidos e 81,25% que seus objetivos foram majoritariamente atendidos. Em relação à qualidade das informações compartilhadas durante a atividade, 93,75% responderam que as informações foram muito úteis e 6,25% que as informações foram úteis para a ampliação dos conhecimentos sobre os temas.

Quando questionados sobre os ganhos de conhecimento em cada tema abordado, a maioria dos participantes concordou que os temas agregaram conhecimento e aprendizado, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Ganhos de conhecimentos apontados pelos participantes com a AEIP. UFSCar, SP, Brasil, 2019. (n =16)

Item	Concordo fortemente	Concordo	Não concordo, nem discordo
Conceito de Educação Interprofissional	62,5%	37,5 %	-
Modelos de Atenção à Saúde	50 %	50 %	-
Integralidade do cuidado	56,25 %	43,75%	-
Política Nacional de Humanização	37,5 %	62,5%	-
Sistema Único de Saúde	75 %	25 %	-
Rede de Atenção à Saúde	62,5 %	31,25 %	6,25 %
Rede de atenção à Saúde do Trabalhador	62,5 %	25 %	12,5 %
Riscos ocupacionais e processos de adoecimento	37,5 %	62,5 %	-
Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Trabalhador	62,5 %	31,25 %	6,25%
Nexo-causal, adoecimento e trabalho	25 %	62,5 %	6,25 %
Desenvolvimento do estudo de caso	56,25 %	43,75 %	-
Apresentação do estudo de caso	68,75 %	31,25 %	-

Nota 1: não houve ocorrência das opções “Discordo” e “Discordo Fortemente” e, portanto, estas colunas foram suprimidas da Tabela 1.

Os dados demonstram que a maioria dos participantes “concordam fortemente” que adquiram conhecimentos sobre os temas abordados na AEIP, principalmente, a EIP, a RAS e a RENAST, evidenciando o alinhamento com objetivos propostos no desenvolvimento das competências, estabelecidas na etapa de planejamento da AEIP. Esse alinhamento diz respeito a compreensão do modelo de atenção à saúde, a estruturação da RAS, a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a compreensão das múltiplas dimensões do cuidado envolvendo a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, a atenção à Saúde do Trabalhador, bem como, o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo, por meio do cuidado centrado no usuário e o estabelecimento de objetivos comuns que qualificam a assistência em saúde.

O desenvolvimento de tais habilidades, comportamentos e atitudes nos profissionais condizem com a proposta do SUS e são capazes de produzir mudanças significativas na atenção à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2018).

O alcance dos objetivos propostos pelo desenvolvimento das competências pode ser confirmado pelos dados demonstrados na Tabela 2, onde a maioria dos participantes responderam que “concordam fortemente” que os objetivos citados foram contemplados pela AEIP, o que contribuiu para a ampliação de suas concepções sobre a saúde.

Tabela 2 – Objetivos contemplados na AEIP, de acordo com participantes. UFSCar, SP, Brasil, 2019. (n =16)

Objetivos	Concordo fortemente	Concordo
Sensibilizar sobre o papel dos diferentes profissionais na Atenção Primária à Saúde com ênfase na Saúde do Trabalhador	75 %	25 %
Compreender a determinação social do processo saúde-doença	87,5 %	12,5 %
Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe	87,5 %	12,5 %
Reconhecer o perfil epidemiológico e produtivo da população adscrita ao território	75 %	25 %
Compreender a estrutura da Rede de Atenção à Saúde e o sistema de referência e contra-referência dos usuários	75 %	25 %
Compreender as ações e avanços que podem ser incorporados no processo de trabalho no campo da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde	75 %	25 %

Nota 2: não houve ocorrência das opções “Não concordo e nem discordo”, “Discordo” e “Discordo Fortemente” e, portanto, estas colunas foram suprimidas da Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta as respostas dos participantes em relação aos aspectos gerais de desenvolvimento da AEIP, apontados como “muito bom” pela maioria dos participantes.

Tabela 3 – Avaliações dos participantes sobre os aspectos gerais da AEIP. UFSCar, SP, Brasil, 2019. (n= 16)

Aspectos	Muito bom	Bom
-----------------	------------------	------------

Organização	87,5 %	12,5 %
Relevância	93,75 %	6,25 %
Moderação / Facilitação	100 %	-
Discussões	93,75 %	6,25 %
Textos disponibilizados	81,25 %	18,75 %
Fórum de discussão	75 %	25 %
Estudado de caso desenvolvido em grupo	93,75 %	6,25 %
Métodos de avaliação	87,5 %	12,5 %

Nota 3: não houve ocorrência das opções “Regular”, “Ruim” e “Muito Ruim” e, portanto, estas colunas foram suprimidas da Tabela 3.

Cabe destacar que 100% dos participantes avaliaram como “muito bom” a moderação/facilitação na AEIP evidenciando, a relevância do papel mediador nas iniciativas de EIP. Esse aspecto, também é enfatizado em outros estudos como significativo para o enfrentamento de obstáculos e desmistificação de estereótipos entre os estudantes de diversas áreas e o favorecimento de relações de respeito mútuo e troca de conhecimentos entre eles (BATISTA; BATISTA, 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018).

Os dados também demonstram a relevância da AEIP e das discussões realizadas. Bem como, o desenvolvimento do estudo de caso como método de avaliação, ferramenta que pode ser utilizada para estimular a capacidade crítica-reflexiva do estudante e o trabalho conjunto (HPCA, 2019).

As respostas às questões abertas do formulário avaliativo, que contemplaram os pontos mais e menos apreciados na AEIP, bem como eventuais sugestões, foram sintetizados na Figura 4.

O que mais lhe surpreendeu na atividade?	O que mais apreciou na atividade?	O que menos apreciou na atividade?	Sugestões
<ul style="list-style-type: none"> ● Possibilidade de conhecer diferentes contextos e perfis profissionais, antes desconhecidos. ● Oportunidade de comunicação e discussão sob diferentes perspectivas e pontos de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> ● O espaço e o auxílio para buscas em bases de dados epidemiológicos sobre a Saúde do Trabalhador. ● As atividades e dinâmicas em grupo, que facilitaram trabalhar a interprofissionalidade e o trabalho em equipe, compartilhando diferentes perspectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Como ponto a ser melhorado penso no atraso para início dos encontros. ● O horário. ● A densidade de alguns textos sugeridos para leitura. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter o estudo de caso como fechamento da AEIP e a forma de construção (encontro por encontro). ● Expansão da carga horária. ● Expansão do número de aulas.

<ul style="list-style-type: none"> ● Qualidade dos conteúdos abordados, dos temas e das leituras. ● Possibilidade de aprender com o outro. ● Aprendizado sobre os temas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● As discussões, os temas, a sensibilidade e empatia da moderadora e da observadora. ● As metodologias de ensino utilizadas. ● Compreender a importância do trabalho no adoecimento do indivíduo. ● O acolhimento. 		<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar visita de campo. ● Número maior de participantes. ● Ofertar a atividade em todos os semestres.
---	---	--	---

Figura 4 – Considerações dos participantes sobre os pontos fortes e fracos da AEIP e sugestões.

Os participantes apontaram a possibilidade e oportunidade de discutir os temas sob diversas perspectivas e vivências, destacando que a AEIP permitiu a troca de saberes e o aprendizado com o outro, além de reflexões sobre temas pouco explorados em seus processos formativos. Neste sentido, a AEIP mostrou-se capaz de ofertar um espaço de compartilhamentos entre os diferentes participantes, favorecendo a construção de uma aprendizagem baseada na troca de ideias, conhecimentos e experiências.

A aprendizagem com o outro é necessária para caracterizar as iniciativas de EIP, ampliando seu conceito e transgredindo a concepção de somente unir diferentes profissionais em um mesmo espaço, são necessários investimentos em estratégias que assegurem a interação e colaboração entre os indivíduos (THISTLETHWAITE et al., 2014).

Os participantes também destacaram, o auxílio docente que receberam durante as buscas por dados epidemiológicos, na leitura e disponibilização dos textos, nas atividades no ambiente virtual e no desenvolvimento do estudo de caso, durante a AEIP. Esses aspectos contribuem para que as iniciativas de EIP sejam efetivas e alcancem os objetivos propostos (BATISTA; BATISTA, 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018).

Outro destaque foram as metodologias de aprendizagem utilizadas na AEIP, que se embasaram na premissa de que, metodologias mais ativas de aprendizagem e dinâmicas de grupo, favorecem a formação de profissionais mais crítico-reflexivos e aptos a trabalharem em equipe.

Os participantes apontaram o atraso de início dos encontros e a densidade de alguns textos como aspectos que menos apreciaram na AEIP, o que é reconhecido como uma fragilidade da atividade e uma oportunidade para melhoramento em outras propostas.

Como sugestões, os participantes indicaram que a AEIP fosse ofertada regularmente na IES, com expansão de sua carga horária, abrangendo um número maior de participantes e que oportunizasse visitas em ambientes de trabalho, permitindo a visualização na prática dos conteúdos adquiridos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva da AEIP, por meio do planejamento desenvolvido pelo GT, foi uma experiência pioneira na UFSCar, avaliada como uma proposta inovadora e relevante, capaz de contribuir para a formação interprofissional e a prática colaborativa.

Um grande desafio levantado pelo GT foi olhar para o desenvolvimento de competências profissionais por meio da colaboração entre as profissões da saúde com o foco na atenção integral às necessidades da população trabalhadora. Porém, o esforço dos membros do GT em superar esse obstáculo foi eminente, demonstrando a potência do trabalho em equipe colaborativo e a Pesquisa-ação como ferramenta eficiente para propiciar os resultados.

A etapa de planejamento da AEIP foi indispensável para sua implementação pois, a proposta não se fundamentaria, nem faria sentido, se não fosse concebida por múltiplos olhares, experiências, conhecimentos e perspectivas. Aspectos estes que permitiram o levantamento das três competências profissionais para a atenção à saúde do trabalhador, sendo: (1) Trabalho como determinante social do processo saúde-doença; (2) Integralidade do cuidado e; (3) trabalho em equipe interprofissional.

Além disso, o GT planejou a AEIP por completo, selecionando coletivamente os temas que seriam abordados, as estratégias de aprendizagem utilizadas para o desenvolvimento das competências, bem como os textos e métodos utilizados durante o processo. Esses aspectos, estavam inseridos no instrumento utilizado para a avaliação final da atividade e foram destacados pelos participantes.

Os resultados obtidos no diário de campo, evidenciados nas categorias temáticas, demonstraram que a Saúde do Trabalhador ainda é uma lacuna na formação de recursos humanos em saúde, o que reflete em desafios e obstáculos para a implementação das políticas e programas destinados a essa população, fragilizando a assistência prestada. Desse modo, faz-se necessário investimentos em estratégias de formação profissional que abarquem as questões relacionadas ao trabalho.

Um avanço importante foi o reconhecimento dos participantes sobre a EIP como estratégia qualificadora da formação das profissões da saúde capaz de refletir

em significativas mudanças no modo de se produzir cuidado e saúde, reforçando ainda mais a relevância e potencialidade da EIP.

A AEIP mostrou-se útil e pertinente para o desenvolvimento de competências comuns interprofissionais previamente, delineadas para este fim. Foi avaliada positivamente por todos os participantes, que enfatizaram o aprendizado individual e coletivo nos temas abordados e encorajaram reofertas regulares da atividade, abarcando outros profissionais e contextos.

O GFST pretende dar continuidade a proposta deste estudo, reavaliando a partir dos resultados obtidos, a reoferta da AEIP ampliando o número de participantes e a frequência da atividade com o intuito de incentivar e fortalecer investimentos na perspectiva da EIP na IES como estratégia para uma formação profissional mais qualificada.

São limitações deste estudo a não representatividade de algumas profissões da área da saúde, a baixa adesão dos profissionais da rede e a estratégia para coleta de dados, que poderia ter considerado a gravação em áudio e vídeo dos encontros e avaliação pré AEIP.

Ressalta-se como avanços desse estudo o ineditismo da proposta em articular a EIP e a Saúde do Trabalhador em uma Pesquisa-Ação, integrando estudantes de graduação, pós-graduação, docentes e profissionais da rede municipal de saúde.

Espera-se com este estudo, disseminar as potencialidades da construção coletiva, considerando diferentes perspectivas e o olhar interprofissional sobre temas transversais às profissões e que, motive pesquisadores e profissionais de saúde a investirem e aplicarem a EIP em diferentes áreas do conhecimento, integrando estudantes em formação, profissionais e docentes, no sentido de fortalecer a construção coletiva de conhecimentos e a prática colaborativa.

Recomenda-se que estudos futuros invistam em abordar a Saúde do Trabalhador nos currículos de formação das profissões da saúde, por meio do desenvolvimento de competências profissionais colaborativas bem como, explorem as relações existentes entre esse desenvolvimento e a qualidade da assistência prestada a população trabalhadora.

7 REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc. São Paulo*, n. 123, p. 407-427, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282015000300407&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: nov. 2017.
- BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 12, no. 2, p. 181-187, 1998.
- BARR, H. *Interprofessional Education: the genesis of a global movement*. London: Center for the Advancement of Inteprofessional Education, 2015.
- BARR, H. *et al.* *Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence*. London: Wiley-Blackwell; 2005.
- BARR, H; COYLE, J. *Introducing Interprofessional Education*. In: LOFTUS S. *et al.* *Educating health professionals: practice, education, work and society*. Rotterdam: SensePublishers. 2013.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*, v. 20 , no.56, pp. 202-4, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/ssets/cse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0202.pdf. Acesso em: jul. 2018.
- BIRT, C.; FOLDSPANG, A. *European core competences for MPH education (ECCMPHE)*. Brussels: ASPHER; 2011.
- BJEGOVIĆ-MIKANOVIĆ, V. *et al.* Education for public health in Europe and its global outreach. *Glob Health Action*, v. 7, no. 10, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925808/> . Acesso em nov. 2017.
- BRASIL. Gabinete do Ministério. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Constituição (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília; 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Distrito Federal, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: 2002.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. VER-SUS Brasil Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, Institui Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde), 2005.

BRASIL. Lei no 11.129/05. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2ª. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. 4ª ed. Brasília: MS; 2007.

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. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde. Edital no. 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União, Nº 186, Seção 3, P.126-27. Disponível Em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital-PET-GraduaSUS.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Boletim Epidemiológico, v. 8, no. 18, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/23/2017-005-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador.pdf>. Acesso em jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital no. 10, de 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial da União, Nº 141, Seção 3, P. 78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41- Saúde do trabalhador e da trabalhadora – Brasília: Ministério da Saúde, 136 p., 2018.

BUSS, P. M.; Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, no. 1, 2007. Disponível em: http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf . Acesso em: nov. 2017.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf. Acesso em: nov. 2017.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC; 2010. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em: out. 2017.

CAMPOS, M. R. Trabalho, alienação e adoecimento mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. Revista de Políticas Públicas, v. 21, no. 2, pp. 797-811, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321154298013> . Acesso em abr. 2018

CHEADE, M.F.M. *et al.* Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, no. 3, pp. 592-95, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360>. Acesso em: nov. 2017.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em nov. 2017.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, v. 20, no. 56, pp. 97-198, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197. Acesso em: nov. 2017.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, pp.14- 27, 2017.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, no. 6, pp. 1613-1624, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em jan. 2019.

ELY, L.I.; TOASSI, R.F.C. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl. 2, pp. 1563-75, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601563. Acesso em: jan. 2019.

FERTONANI, H.P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, no. 6, pp. 1869-78, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf. Acesso em: set. 2017.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, v.5, no. spe., pp. 183-196, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010. Acesso em: fev. 2018.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1997.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. *Lancet*, v. 376, no. 9756, pp. 1923-98, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>. Acesso em: nov. 2017.

GIGANTE, R.L; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.14, no.3, pp. 747-63, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>. Acesso em: nov. 2017.

GÓMEZ, C.M. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.38, no. 127, pp. 21-52, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a04.pdf> . Acesso em: nov. 2017.

GRANT, J. Chapter 3: Principles of curriculum design. *Understanding Medical Education: Evidency, theory and practice*. 2^a ed. 2014. p. 31-46.

GRIGGIO, A. P.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl. 2, pp. 1799-1809, 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601799&nq=en&nrm=iso . Acesso em: jan. 2019.

HAEFFNER, R. *et al.* Absenteísmo por distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do Brasil: milhares de dias de trabalho perdidos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.21, e180003, pp. 1-11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180003.pdf> . Acesso em: jan. 2019.

HEARTH, C. *et al.* A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine*, v. 96, no. 38, e7336, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28930816> . Acesso em: nov. 2018.

HOFMANN, D. A.; BURKE, M. J.; ZOHAR D. 100 years of occupational safety research: From basic protections and work analysis to a multilevel view of workplace safety and risk. *J Appl Psychol*, v. 102, no.3, pp. 375-88, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125258> . Acesso em: out. 2018.

HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE (HPAC). *Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions*. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative. 2019.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, no. 8, pp. 1-13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf> . Acesso em: nov. 2017.

KHABAZ, M. M. *et al.* Interprofessional education in the integrated medical education and health care system: A content analysis. *Journal of Advances in Medical*

Education & Professionalism, v. 4, n. 3, pp. 103-110, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27382577> . Acesso em: nov. 2017.

LACAZ, F. A. C. As diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde. O campo Saúde do Trabalhador: Aspectos históricos e epistemológicos. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar e prática. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 495- 610.

LACAZ, F. A. C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n. 41, v. 13, pp. 1-11, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e13.pdf> . Acesso em: nov. 2017.

LACERDA e SILVA, T. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. Interface (Botucatu), v. 18, no. 49, pp. 273-88, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200273 . Acesso em: out. 2017.

LEAL, J. A. L. *et al.* New reorientation spaces for healthcare education: students' experiences. Revista Interface, v. 19, no. 53, pp. 361-71, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/en_1807-5762-icse-19-53-0361.pdf . Acesso em: nov. 2018.

LEÃO, L. H. C.; Castro A.C. Public health policies for workers: analysis of the implementation of institutionalization measures in a Brazilian city. Ciência e Saúde Coletiva, v.18, no. 3, pp. 769–78, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000300023&lng=pt . Acesso em: jul. 2018.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface (Botucatu), v. 9, no. 17, pp. 369-79, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf> . Acesso em: jul. 2018.

LIMA, V. V. *et al.* Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. Interface (Botucatu), v. 22, supl. 2, pp. 1549-62, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1549.pdf> . Acesso em: jul. 2018.

MARQUES, C. F. *et al.* O ensino de graduação e os conteúdos teórico-práticos da saúde do trabalhador. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 3, no. 14, pp. 494-503, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12458> . Acesso em: nov. 2017.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Competency building for health promotion and change in the care model. Revista Texto e Contexto Enfermagem, v. 25, no. 2, pp. 2-

7, 2016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2150015.pdf . Acesso em nov. 2017.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, no. 2, pp. 287-96, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00287.pdf> . Acesso em: jul. 2018.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em jan. 2018.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*, n. 20, v. 56, pp. 199-201, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000100199 . Acesso em: nov. 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl. 2, pp.1525-34, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1525.pdf> . Acesso: jan. 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 47, no. 4, pp. 977-83, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf> . Acesso em: jul. 2018.

PESSOA, V. M. *et al.* Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Revista Interface (Botucatu)*, v. 45, no 17, pp. 301-314, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832013000200005&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: nov. 2017.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html> Acesso em: nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

PUERTO, J. *et al.* Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermeira. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 4, no. 16, pp. 609-616, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648969002.pdf> . Acesso em: fev. 2018.

RABELO, L. D. B. C.; SILVA, J. M. A.; LIMA, M. E. A. Trabalho e Adoecimento Psicossomático: Reflexões sobre o Problema do Nexo Causal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, no. 1, pp. 116-128, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000932017> . Acesso em jan. 2018.

REEVES, S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin - Germany: Verlag Dr. Müller, 2008. 224 p.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Revista Interface*, v. 20, no. 56, pp. 185-96, 2016b. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf . Acesso em jul. 2017.

REEVES, S.; HEAN, S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *Journal of interprofessional care*, v. 27, no. 1, pp. 1-3, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256880> . Acesso em: jul. 2018.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of inter professional education: BEME Guide, v. 7, no. 39, pp. 656-684, 2016a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146438>. Acesso em: fev. 2018.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database System*, v. 22, no. 6, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639262> . Acesso em out. 2017.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, no. 1, pp. 1-3, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150> . Acesso em: out. 2018.

SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A.P. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Interface (Botucatu)*, v. 2, supl. 22, pp. 1601-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1601.pdf. Acesso em: jan. 2019.

SIQUEIRA, B. R. *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, no. 18, pp. 159-170, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/17.pdf> . Acesso em: nov. 2017.

SOUZA, T. S.; Virgens, L. S. Workers' health in primary health care: interfaces and challenges. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, no. 128, pp. 292-301,

2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/16.pdf> . Acesso em: nov. 2017.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L.A.K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, no. 3, pp. 669-70, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf . Acesso em: jul. 2018.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação nas organizações. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

THISTLETHWAITE, J. E. *et al.* Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Academy Medicine*, v. 89, no. 6, pp. 869-75, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24871237> . Acesso em: jan. 2019.

VASCONCELLOS, L.C.F. Worker's Health Surveillance: decalogue for taking a stand. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, no. 1, pp. 1-9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43s1/2317-6369-rbso-43-s01-e1s.pdf> . Acesso em: out. 2018.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, no. 113, pp. 605-617, 2017. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000300605&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#. Acesso em: jul. 2018.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, no. 12, pp. 4617-26, 2014. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/pt_1413-8123-csc-19-12-04617.pdf. Acesso em: set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AEIP “EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Formulário de avaliação AEIP “Educação interprofissional para atenção à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde”

1. Área de formação?

- Educação Física
 Enfermagem
 Fisioterapia
 Gerontologia
 Psicologia
 Terapia Ocupacional
 Medicina

2. Meus objetivos pessoais para participar dessa AEIP foram:

- Plenamente atendidos
 Majoritariamente atendidos
 Parcialmente atendidos
 Pouco atendidos
 Não foram atendidos

3. As informações fornecidas na AEIP foram:

- Muito úteis
 Úteis
 Parcialmente úteis
 Pouco úteis
 Nada úteis

4. Avalie os itens abaixo considerando os ganhos / conhecimentos obtidos com sua participação na AEIP. Marque com um “x” a opção que representa o aprendizado obtido na atividade.

Item	Concordo fortemente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo fortemente
Conceito de Educação Interprofissional					
Modelos de Atenção à Saúde					
Integralidade do cuidado					
Política Nacional de Humanização					
Sistema Único de Saúde (SUS)					
Rede de Atenção à Saúde (RAS)					
Rede de atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST)					
Riscos ocupacionais e processos de adoecimento					

Atenção Primária e vigilância em Saúde do Trabalhador					
Nexo-causal, adoecimento e trabalho					
Desenvolvimento do estudo de caso					
Apresentação do estudo de caso					

5. Avalie os objetivos propostos na AEIP e marque com um "x" a opção que representa o aprendizado obtido na atividade:

Objetivos	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Sensibilizar sobre o papel dos diferentes profissionais na APS com ênfase na Saúde do trabalhador					
Compreender a determinação social do processo saúde-doença					
Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe					
Reconhecer o perfil epidemiológico e produtivo da população adscrita ao território					
Compreender a estrutura da RAS e o sistema de referência e contra-referência dos usuários					
Compreender as ações e avanços que podem ser incorporados no processo de trabalho no campo da Saúde do Trabalhador na APS					

6. Quanto a estrutura, organização, desenvolvimento e métodos de avaliação da AEIP, marque um "x" na opção que reflete sua satisfação quanto:

Aspectos	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
Organização					
Relevância					
Moderação / Facilitação					
Discussões					
Textos disponibilizados					
Fórum de discussão					

Estudado de caso desenvolvido em grupo					
Métodos de avaliação					

7. O que mais lhe surpreendeu com sua participação na AEIP?

8. O que mais você apreciou nesta AEIP?

9. O que você menos apreciou nesta AEIP?

10. Quais sugestões você faria para uma próxima oferta da AEIP?

Muito obrigada!

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DOCENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Educação interprofissional para a atenção integral à saúde dos trabalhadores”.

O objetivo deste estudo é desenvolver uma atividade de educação interprofissional para formação de alunos e profissionais da rede de saúde para atenção integral à saúde dos trabalhadores.

A atividade de educação será ofertada por meio de uma Atividade de Educação Interprofissional (AEIP), considerando a potencialidade desta modalidade de extensão para agregar profissionais da rede de atenção à saúde na formação interprofissional. Assim, esta pesquisa também possibilitará a formação dos estudantes e, também, da comunidade, dado ao seu caráter extensionista.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser docente em curso (s) da área da saúde da universidade deste estudo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será realizada em dois momentos: a primeira, consistirá no planejamento da atividade e a segunda, na implementação da atividade. As etapas serão desenvolvidas sequencialmente, sendo o produto da primeira etapa subsídio para realização da segunda.

Você participará da pesquisa colaborando no planejamento da atividade. Sua participação é de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa, pois seus conhecimentos, experiências e contribuições subsidiarão a implementação da atividade seguindo os preceitos da educação interprofissional, colaborando com o trabalho em equipe e o olhar crítico-reflexivo para a atuação profissional na atenção integral a Saúde do Trabalhador. Essa atividade de educação investe na formação profissional; na participação de profissionais dos serviços de saúde na discussão dos temas com os estudantes, que futuramente, ingressarão no mercado de trabalho; no envolvimento de vários docentes e cursos da área da saúde, buscando a multidisciplinaridade do cuidado; no uso de metodologias ativas que problematizem o cotidiano e proporcionem a construção de alternativas e resoluções coletivas.

Serão realizados cinco encontros semanais, nas dependências da universidade, com duração de até 4 horas cada, pelo período e em horário que favoreça sua participação e que não comprometa o seu trabalho.

Os encontros contarão com a presença de um coordenador que conduzirá as atividades do grupo e um observador que coletará os dados por meio de observação, redigindo um diário de campo e elaborando uma síntese, que ao final de cada encontro serão validados por você e todo o grupo.

Suas contribuições no planejamento da atividade serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A pesquisa não oferece risco imediato aos participantes, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo. Devido à temática estar relacionada com a Saúde do Trabalhador e à educação interprofissional e prática colaborativa, a participação pode remeter a algum desconforto, evocar sentimentos e/ou lembranças desagradáveis a qual os participantes já vivenciaram, ou levar a um leve cansaço, devido aos esforços despendidos nas atividades de planejamento e execução. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o participante terá assegurado pelos pesquisadores, o direito de optar pela suspensão de sua participação na pesquisa e a assistência necessária a esses tipos de danos, que são de caráter imaterial.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana)

Aluna de Mestrado

Orientadora

Contato tel.:

Email:

Endereço:

Assinatura do participante

Local e Data: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES DA ATIVIDADE EDUCACIONAL – ETAPA 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Educação interprofissional para a atenção integral à saúde dos trabalhadores”.

O objetivo deste estudo é desenvolver uma atividade de educação interprofissional para formação de alunos e profissionais da rede de saúde para atenção integral à saúde dos trabalhadores.

A atividade de educação será ofertada por meio de uma Atividade de Educação Interprofissional (AEIP), considerando a potencialidade desta modalidade de extensão para agregar profissionais da rede de atenção à saúde na formação interprofissional. Assim, esta pesquisa também possibilitará a formação dos estudantes e, também, da comunidade, dado ao seu caráter extensionista.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser aluno ou docente em curso (s) da área da saúde da universidade deste estudo ou profissional de saúde da rede municipal de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será realizada em dois momentos: a primeira, consistirá no planejamento da atividade e a segunda, na implementação da atividade. As etapas serão desenvolvidas sequencialmente, sendo o produto da primeira etapa subsídio para realização da segunda.

Você participará da pesquisa na implementação da atividade. Sua participação é de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa, pois seus conhecimentos, experiências e contribuições subsidiarão a discussão sobre a temática, seguindo os preceitos da educação interprofissional, colaborando com o trabalho em equipe e o olhar crítico-reflexivo para a atuação profissional na atenção integral a Saúde do Trabalhador. Essa atividade de educação investe na formação profissional; na participação de profissionais dos serviços de saúde na discussão dos temas com os estudantes, que futuramente, ingressarão no mercado de trabalho; no envolvimento de vários docentes e cursos da área da saúde, buscando a multidisciplinaridade do cuidado; no uso de metodologias ativas que problematizem o cotidiano e proporcionem a construção de alternativas e resoluções coletivas.

A atividade contará com carga horária total de 60 horas, sendo desenvolvida em 15 encontros semanais, nas dependências da universidade, com duração de 4 horas cada, em horário que favoreça sua participação e que não comprometa o seu trabalho.

Os encontros contarão com a presença de um coordenador que conduzirá as atividades do grupo e um observador que coletará os dados por meio de observação, redigindo um diário de campo e elaborando uma síntese, que ao final de cada encontro serão validados por você e todo o grupo.

Suas contribuições na implementação da atividade serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A pesquisa não oferece risco imediato aos participantes, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo. Devido à temática estar relacionada com a Saúde do Trabalhador e à educação interprofissional e prática colaborativa, a participação pode remeter a algum desconforto, evocar sentimentos e/ou lembranças desagradáveis a qual os participantes já vivenciaram, ou levar a um leve cansaço, devido aos esforços despendidos nas atividades de planejamento e execução. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o participante terá assegurado pelos pesquisadores, o direito de optar pela suspensão de sua participação na pesquisa e a assistência necessária a esses tipos de danos, que são de caráter imaterial.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana)

Aluna de Mestrado

Orientadora

Contato tel.:

Email:

Endereço:

Assinatura do participante

Local e Data: _____

APÊNDICE D - Cronograma de Ensino da AEIP

Horário: Terça-feira, das 17h às 21h **Local:** Sala 17

Data e horário	Conteúdo Programático	Orientações/ Estratégias
Aula 1 03/10 17h às 21h	- Apresentação, cronograma e procedimentos de avaliação - Levantamento de expectativas - “Construção do boneco” - EIP	- Apresentação expositiva - Tarjetas - Dinâmica - Discussão
Sugestões de leituras para próxima aula: Referências 1 e 2		
Aula 2 10/10 Atividade Virtual	- Atividade EaD: participação no fórum sobre modelo de atenção	Participação no fórum: Trocar com os pares a compreensão e percepção sobre o modelo de atenção à saúde brasileira
Sugestões de leituras para próxima aula: Referências 3, 4 e 5.		
Aula 3 17/10 17h às 21h	-Integralidade do cuidado, Política Nacional de Humanização.	- Resgate do boneco - Discussão
Sugestões de leituras para próxima aula: Referências 6 e 7		
Aula 4 24/10 17h às 21h	- SUS, RAS e RENAST	- Cine-viagem: documentário “Na linha de corte” - Roda de conversa
Sugestões de leituras para próxima aula: Referências 8 e 9		
Aula 5 31/10 17h às 21h	- Interprofissionalidade - Planejamento e divisão para o estudo de caso	- Roda de conversa
Aula 6 01/11 à 06/11 Atividade Virtual	- Desenvolvimento do estudo de caso	- Atividade no ambiente virtual: postar o questionário para entrevista, aproximação do caso e uso da RAS e a definição do perfil do caso
Aula 7 07/11 17h às 21h	- Trabalho-ambiente	- Estudo de caso – artigo “O caso da Violeta”
Aula 8 08/11 à 13/11 Atividade Virtual	- Desenvolvimento do estudo de caso	- Atividade virtual: diário de campo / síntese da análise dos determinantes
Aula 9 14/11 17h às 21h	- Riscos ocupacionais e processos de adoecimento	- Simulação de estações de trabalho – Lab. Fisioterapia
Aula 10 21/11	- Perfil epidemiológico	- Oficinas de trabalho: busca em bancos de dados

17h às 21h		
Aula 11 22/11 à 27/11 Atividade Virtual	- Desenvolvimento do estudo de caso	Atividade virtual: postar síntese sobre dados epidemiológicos do perfil do estudo de caso
Aula 12 28/11 17h às 21h	- Atenção Primária e vigilância em Saúde do Trabalhador - Nexo-causal;	- Oficina de trabalho com cartolinas; - Discussão
Aula 13 29/11 à 04/12 Atividade Virtual	- Finalização do estudo de caso	- Atividade virtual: postar estudo de caso final
Aula 14 05/12 17h às 21h	- Apresentação do estudo de caso - Avaliação da AEIP	- Estratégia de apresentação livre

- **Estudo de caso em grupo:** proposta – identificação, aproximação e investigação (entrevista) de um trabalhador, buscando identificar as possíveis relações entre saúde e trabalho (riscos e exposição ocupacional, adoecimento etc). Em trios ou quartetos.

- **Avaliação final da AEIP:**

Nota 1: desenvolvimento do estudo de caso;

Nota 2: apresentação do estudo de caso;

Nota 3: participação no moodle e em sala de aula.

Referências:

- Dicionário Verbetes FioCruz: 1. Integralidade em Saúde, Roseni Pinheiro. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>
- Buss PM, Pelegrini AF. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Dicionário Verbetes FioCruz: Verbetes Humanização, Eduardo Henrique Passos Pereira e Regina Duarte Benevides de Barros. Disponível em : <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf
- Dicionário Verbetes FioCruz: Cuidado em Saúde, Roseni Pinheiro. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002 Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

9. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf

Materiais complementares:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: 2012.

Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS. Indicadores da saúde e segurança no trabalho: fontes de dados e aplicações. Brasília: Ipea, 2011. p. 290-328.

Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 56, p. 97-198, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197

Lacaz, FAC. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocupacional*, n. 41, v. 13, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100301&script=sci_abstract&tlng=pt

ANEXO

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação interprofissional para a atenção integral à saúde dos trabalhadores

Pesquisador:

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68957817.5.0000.5504

Instituição Proponente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.291.292

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823451.pdf	19/07/2017 21:38:40		Aceito
Cronograma	CronogramaProjeto.pdf	19/07/2017 21:36:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLProjeto.pdf	19/07/2017 21:35:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	19/07/2017 21:35:42		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/05/2017 09:48:28		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não