



Construindo o conceito de integralidade em saúde durante aprendizagem interprofissional

Establishing the concept of integrality in health during interprofessional education

Etienne Alessandra Hafemann¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8875-9024>  <http://lattes.cnpq.br/3651383079318030>

Deisi Maria Vargas²

 <https://orcid.org/0000-0003-4389-2670>  <http://lattes.cnpq.br/5492134641997824>

Antônio Regis Jesus de Carvalho³

 <https://orcid.org/0000-0002-7776-3220>  <http://lattes.cnpq.br/6714052645587741>

Luciane Coutinho de Azevedo⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4121-8885>  <http://lattes.cnpq.br/7102097791146891>

Michelle Rivail da Silva⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-5093-8449>  <http://lattes.cnpq.br/5554152827034674>

Luana Raimundo⁶

 <https://orcid.org/0000-0003-4372-1628>  <http://lattes.cnpq.br/6839635893217196>

Marcia de Freitas Oliveira⁷

 <https://orcid.org/0000-0003-3113-9876>  <http://lattes.cnpq.br/7592993711127652>

¹ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: ehafemann@furb.br

² Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: deisivargas@furb.br

³ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: arjcarvalho@furb.br

⁴ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: lucianec@furb.br

⁵ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: michellerivail@furb.br

⁶ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: lraimundo@furb.br

⁷ Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC – Brasil. E-mail: marciaoliveira@furb.br



RESUMO

A integração de uma equipe de saúde necessita de formação profissional que dê ferramentas para que estimule a prática interprofissional. A construção da capacidade de trabalhar em equipe é necessária para efetivação da integralidade em saúde e para o compartilhamento de saberes e impressões das diferentes áreas sobre as necessidades de saúde dos usuários. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir os resultados alcançados durante o processo metodológico refletivo da aprendizagem interprofissional ocorrida no desenvolvimento da disciplina obrigatória "Processo saúde-doença e integralidade do cuidado" do mestrado profissional em Saúde Coletiva. A disciplina foi planejada seguindo a estratégia metodológica do arco de Maguerez com observação da realidade a partir da pergunta norteadora: "O que você entende por integralidade em Saúde?". Foram criados mapas mentais antes e depois da etapa de teorização cujas apresentações e discussões foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo de Bardin. As categorias identificadas foram integralidade como visão integral do ser humano, integralidade como política pública, integralidade como cuidado singularizado e humanização como ponto essencial da integralidade. Após a reflexão teórica e, a partir dela, do olhar diferenciado para a prática, foram incorporadas as categorias formação profissional, ambiência, educação em saúde e prática interprofissional, categorias mais operacionais e objetivas.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; educação interprofissional; saúde coletiva; ensino superior.

ABSTRACT

The integration of a healthcare team requires professional training that provides tools to stimulate interprofessional practice. Building the ability to work as a team is necessary for the effectiveness of comprehensive healthcare and for sharing knowledge and insights from different areas regarding the healthcare needs of users. The objective of this work is to present and discuss the results achieved during the reflective methodological process of interprofessional learning that occurred in the development of this mandatory course, "Health-Disease Process and Comprehensive Care", in the professional master's program in Collective Health. The course was planned to follow the methodological strategy of the Maguerez Arch, with observation of reality guided by the question: "What do you understand by comprehensive healthcare?" Mind maps were created before and after the theoretical stage, whose presentations and discussions were analyzed using Bardin's content analysis method. The identified categories were comprehensiveness as a holistic view of the human being, comprehensiveness as public policy, comprehensiveness as individualized care, and humanization as an essential point of comprehensiveness. After theoretical reflection and, based on it, a different perspective on practice, more operational and objective categories were incorporated: professional training, environment, health education, and interprofessional practice.

Keywords: *Integrity in the health care system; interprofessional education; collective health Universities; university education.*

1. INTRODUÇÃO

A diversidade e complexidade das demandas crescentes dos serviços e dos seus usuários, instigaram o desenvolvimento de uma visão e abordagem mais integrada da saúde dos indivíduos, de forma a prestar o atendimento adequado às suas procuras e necessidades (Collière, 2003; Nordenfelt, 2000). Essa visão de integralidade em saúde exigiu uma maior integração dos profissionais, uma vez que o diálogo e a cooperação permitem o compartilhamento de impressões, visões e informações acerca das condições de saúde das pessoas, ampliando o entendimento das circunstâncias do usuário e,



por conseguinte, qualificando e enriquecendo o cuidado a partir de uma abordagem integral (Peduzzi et al., 2013; Batista, Batista, 2016; Rosa et al., 2022).

Sendo assim, a prática colaborativa em equipe, com o compartilhamento de saberes e impressões das diferentes áreas sobre as necessidades de saúde dos usuários, é indispensável quando se trabalha sob a perspectiva do cuidado integral. Segundo Reeves et al. (2013), uma maneira de melhorar a colaboração interprofissional entre as diferentes áreas, e por conseguinte o cuidado ao paciente, é a educação interprofissional (EIP).

A integração constante da equipe de saúde é um objetivo permanente, que, para ser operacionalizado, necessita de formação profissional que instrumentalize para e estimule a prática interprofissional. A construção da capacidade de trabalhar em equipe por meio da colaboração e do reconhecimento da interdependência das áreas de atuação em saúde, fortalecendo a atuação de cada profissional e enriquecendo as abordagens aos usuários são elementos necessários para a efetivação da integralidade em saúde (Peduzzi et al., 2013; Batista, Batista, 2016).

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Regional de Blumenau (FURB) tem como público-alvo profissionais graduados que atuam ou venham a atuar na área da saúde, ciências sociais e áreas afins. O objetivo geral do programa é qualificar profissionais da saúde para o serviço e o ensino a partir da construção histórica do campo da Saúde Coletiva e das políticas de Estado para a saúde. Um de seus objetivos específicos é o desenvolvimento e aprimoramento das capacidades necessárias para a cooperação interprofissional. A disciplina obrigatória "Processo saúde-doença e integralidade do cuidado" organizada a partir da metodologia da problematização com o uso do arco de Maguerez, desenvolve uma proposta de formação interprofissional reflexiva discutindo o conceito de integralidade em saúde entre mestrandos de formações profissionais diversas (Cauduro et al., 2017; Prado et al., 2021). Sendo assim, o objetivo desse trabalho é apresentar e discutir os resultados alcançados durante o processo metodológico refletivo da aprendizagem interprofissional ocorrida no desenvolvimento desta disciplina obrigatória "Processo saúde-doença e integralidade do cuidado" do mestrado profissional em saúde coletiva.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um artigo de abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, desenvolvido a partir do percurso formativo da disciplina de "Processo saúde-doença e integralidade do cuidado" do PPGSC. Essa disciplina tem como objetivo geral refletir sobre a prática profissional na perspectiva da integralidade em saúde, por meio da compreensão e apropriação de conceitos, dimensões e ações a ela relacionados. Os conteúdos programáticos foram distribuídos em 3 unidades: cuidado e integralidade em saúde, saúde/normalidade e concepções de saúde e trabalho interprofissional e intersetorial. A estratégia metodológica utilizada foi a da problematização com uso do arco de Maguerez que orientou a dinâmica pedagógica e fundamentou a produção deste estudo. As atividades ocorreram de forma remota, utilizando a plataforma Microsoft Teams, com gravação dos encontros. Foram realizados cinco encontros, totalizando 20 horas. As características dos docentes e discentes envolvidos no desenvolvimento da disciplina são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Participantes da disciplina.

Categoria Profissional	N	Idade (anos)	Sexo	Função atual
Discentes				
Biólogo	1	25	M	Professor Universitário em IES* Privada
Psicólogo	2	37	F	Psicólogo em Hospital Privado sem fins lucrativos
		29	F	Psicólogo em Empresa Privada sem fins lucrativos e em Clínica Privada
Médico	2	39	F	Servidor Público Municipal em Unidade de Pronto Atendimento e Médico em Clínica Privada
		56	M	Servidor Público Federal em Unidade de IES e Médico em Consultório Privado
Enfermeiro	2	23	F	Enfermeiro em Clínica Privada Especializada sem fins lucrativos
		37	F	Professor de Ensino Médio Profissionalizante em empresa privada e Professor Universitário em IES privada.
Fisioterapeuta	1	39	F	Professora de línguas
Docentes				
Médico	1	53	F	Professor Universitário em IES pública e Médico em Clínica Privada
Nutricionista	1	49	F	Professor Universitário em IES pública e em IES Privada
Dentista	1	50	F	Professor Universitário em IES pública

* IES Instituição de Ensino Superior

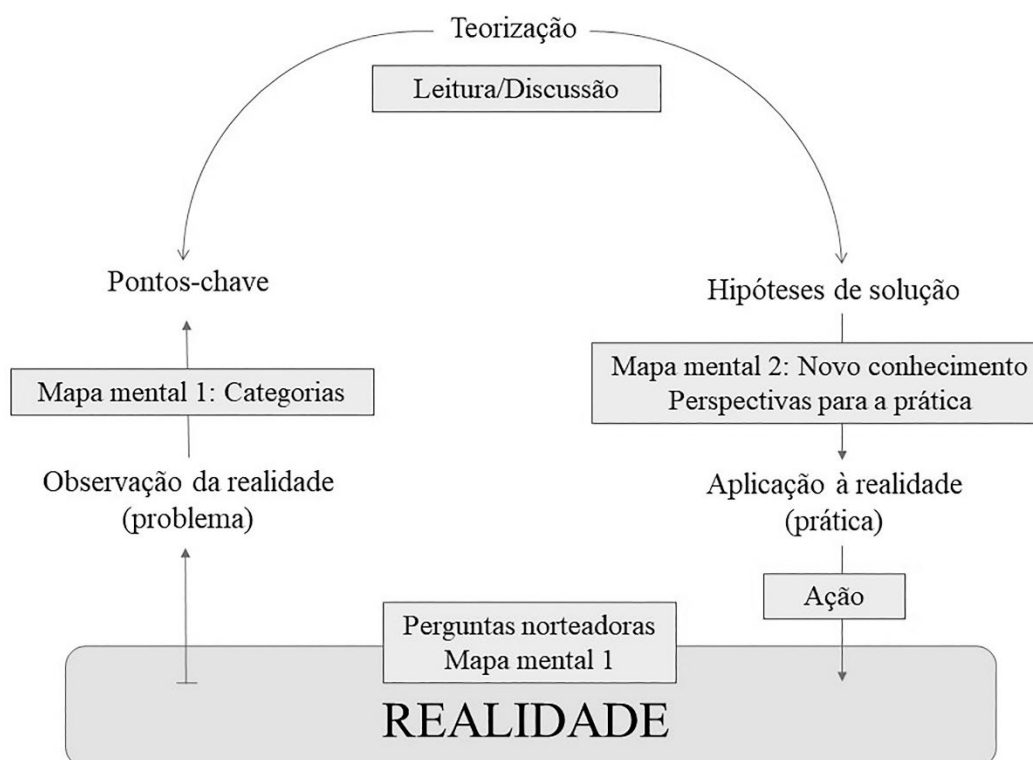
Fonte: Os autores

Seguindo a dinâmica do Arco de Maguerz (Figura 1), a disciplina iniciou com a observação da realidade a partir da pergunta norteadora: "O que você entende por integralidade em saúde?". Com base nessa questão, cada mestrando elaborou um mapa mental, posicionando a pergunta no núcleo central do diagrama e organizando, em ramificações, os conceitos, percepções e sentidos atribuídos à integralidade em saúde e como tais compreensões se refletiam em suas práticas profissionais. Posteriormente, os mapas mentais foram apresentados individualmente ao grupo, de modo que cada mestrando explicitou suas percepções sobre integralidade em saúde a partir de suas próprias experiências profissionais, sem ainda recorrer a conteúdos formais da disciplina. A partir das discussões coletivas, foram identificados e sistematizados os pontos-chave. A etapa de teorização



consistiu no aprofundamento conceitual mediante leituras de artigos científicos, elaboração de resenhas reflexivas com apresentação oral, realização de seminários sobre concepções de saúde e discussão das questões emergentes. Na fase de formulação de hipóteses de solução, retomou-se a pergunta norteadora — “O que você entende por integralidade em saúde?”. Com base nos conhecimentos construídos durante a teorização, os mestrandos revisitaram seus mapas mentais iniciais, reelaborando-os e incorporando novos elementos que expressassem a evolução de seus conceitos sobre integralidade em saúde.

Figura 1 – As etapas do Arco de Maguerz e os momentos do desenvolvimento da disciplina.



Fonte: os autores, 2021.

A apresentação oral dos mapas mentais 1 e 2 dos oito mestrandos que cursaram a disciplina foram gravadas para realização do estudo. Para a identificação dos participantes, optou-se pela utilização de nomes de animais, escolhidos individualmente. Essa estratégia buscou preservar o anonimato sem recorrer a identificações numéricas, permitindo uma representação simbólica mais próxima das preferências pessoais dos participantes.

A unidade de análise adotada foi o “conceito de integralidade em saúde”, correspondente à pergunta norteadora do arco de Maguerz e eixo central do processo de aprendizagem. A análise considerou a evolução desse conceito ao longo da disciplina, por meio da comparação entre as falas registradas nas apresentações dos primeiros mapas mentais (antes da etapa de teorização) e dos segundos mapas mentais (após o desenvolvimento das leituras, resenhas, seminários e discussões coletivas).



As falas foram transcritas a partir das gravações realizadas durante os encontros síncronos. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), que se organiza em três etapas principais:

1. Pré-análise: leitura das falas.
2. Exploração do material: decompor as falas que relatam o conceito de integralidade em indicadores, para posteriormente agrupá-los.
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: a partir dos indicadores inferir e elaborar categorias, com base nos fundamentos teóricos sobre integralidade.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sob o número de parecer 4.803.758.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das falas da primeira apresentação dos mapas mentais, as categorias de análise que surgiram foram: integralidade como visão integral do ser humano, integralidade como política pública, integralidade como cuidado singularizado e humanização como ponto essencial da integralidade. Esses foram os pontos ressaltados pelos mestrandos no conceito inicial de integralidade em saúde que serão analisados a seguir.

“Integralidade como visão integral do ser humano”.

A visão integral do ser humano foi relatada em unanimidade como um dos conceitos do cuidado integral. Através das falas e da construção dos mapas mentais, destacou-se como “visão integral” o “ver além da doença”, conforme os exemplos a seguir.

“(...) enxergar além da patologia, enxergando o indivíduo como um todo, tentando não focar somente na patologia” (Borboleta). “(...) justamente entender o indivíduo além daquela doença, e não abordar apenas práticas curativas”. (Capivara)

Destacou-se nas falas que a partir do cuidado integral há um distanciamento do modelo exclusivamente curativo e biomédico, trazendo o conceito de integralidade para âmbitos além da doença. Os mestrandos associaram a necessidade de compreender aspectos não biológicos e até mesmo queixas não verbalizadas pelo paciente. Estas falas remetem ao pensamento de Nunes e Pelizolli (2011) que afirmam que o processo saúde-doença é complexo, existencial, interacional e simbólico, muito além de um conjunto de sinais e sintomas.

“(...) não focar apenas na queixa que a pessoa está te trazendo, mas poder ver toda a circunstância em que ela está envolvida, tanto no passado, no presente e nos aspectos para frente (...)”. (Raposa)

Essa categoria demonstra o primeiro conjunto de sentidos que foram sistematizados por Mattos (2009) sobre a integralidade, o de “integralidade como um traço da boa medicina”. Esse sentido é relacionado ao movimento da medicina integral e suas críticas a visão médica reducionista e fragmentada. Para a medicina integral, a integralidade tem o sentido de o profissional não diminuir o ser humano ao sistema biológico. Por outro lado, promover um encontro que reconhece, além das queixas explícitas do usuário, suas necessidades em saúde.



“Integralidade como Política Pública”.

A Integralidade no cuidado é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) que guia políticas, ações e serviços em saúde que atendem às demandas e necessidades dos usuários no acesso aos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, considerando a complexidade do sistema, assim como o processo saúde-doença em dimensões biológicas, culturais e sociais do usuário (Mattos, 2009; Silva e Sena, 2008).

A integralidade foi discutida pelos mestrandos como política pública por ter um papel crucial no SUS e consequentemente nos serviços de saúde. A estrutura e gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS são regidas por diretrizes e princípios doutrinários que foram estabelecidos para promover um funcionamento harmonioso entre a União, os Estados e os municípios, juntamente com o usuário (Brasil, 2003).

A fala dos mestrandos reflete a visão da integralidade como parte do SUS e, portanto, como política pública nos serviços de saúde. Pontuaram como elementos importantes a gestão e organização dos serviços com seus níveis de complexidade, e enfatizaram a importância do acesso garantido a toda a população.

“(...) eu entendo Integralidade, então, como o acesso garantido ao serviço de saúde, então esses serviços podem ser preventivos, curativos, individuais, coletivos, isso mais dentro do princípio do SUS ali, isso em todos os níveis de complexidade em todo o sistema...” (Pássaro)

“(...) níveis de atenção porque eu acho que nos asseguramos integralidade, assegurar atenção em todos os níveis, não apenas atenção básica, mas também secundária e terciária...” (Capivara)

“(...) a visão integral do ser humano e a partir dessa visão integral abre vários leques aqui pensando um pouco em políticas públicas em saúde, aí os modelos de gestão né, pensando um pouco na questão operacional e em termos mesmo, de política.” (Leão)

“(...) a integralidade em saúde é um princípio doutrinário do SUS; que ele integra as ações em saúde; ele atende dentro dos diversos níveis de complexidade dentro do sistema de saúde; ele vê o indivíduo com um contexto social...” (Gato)

Nessas falas observa-se outro conjunto de sentidos acerca da integralidade, o das políticas específicas. Estas são planejadas especialmente para responder a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde, que acometem um determinado grupo populacional (Mattos, 2009).

“Integralidade como cuidado singularizado”.

Em meio às exposições das visões dos mestrandos do que consideravam integralidade do cuidado, apareceu com relevância a questão da singularidade do indivíduo, com visão e percepção única da sua realidade, com sentimentos e aspirações próprios que dificilmente podem ser avaliados por quem não se encontra naquelas circunstâncias. Nesse sentido “Gato” afirma que deve se buscar “atender as demandas e necessidades do indivíduo como um todo”.



Já “Pássaro” vai além dizendo que se deve “tomar o usuário como referência para seu tratamento” e que esse necessita se “adequar ao que faz sentido para a vida daquele usuário”. Como afirma “Leão” o “cuidado centrado na pessoa”. “Borboleta Rosa” lembra “um cuidado individualizado”, então “para chegar na integralidade do cuidado, a gente tem que entender que cada indivíduo é único”.

“Raposa” agrega que se precisa “olhar além da queixa” e entender a “circunstância em que ela está envolvida, tanto no passado, no presente e nos aspectos para frente”.

“Tartaruga” alerta que essa questão da singularidade deva ser considerada ao “reconhecer e planejar” o “cuidado longitudinal” e assim “levar em conta as peculiaridades do paciente” que vão influir “o caminhar dele na rede”.

Reconhecer o usuário como agente autônomo e responsável por sua vida, é fundamental quando analisamos a construção da integralidade do cuidado. A redefinição das práticas de saúde, segundo Silva e Sena (2008), promovendo a criação de vínculos, acolhimento e autonomia, valorizando as subjetividades tanto do trabalho em saúde quanto das necessidades singulares do usuário, são o ponto de partida para todo o tipo de intervenção, possibilitando o cuidado centrado na pessoa.

“Humanização como ponto essencial para a integralidade”

Ao definir a humanização do atendimento como um ponto necessário para a prática da integralidade, os mestrandos trouxeram falas intimamente ligadas ao acolhimento em saúde. Dessa forma, o conceito de humanização citado vem de encontro com o que diz Collière (2003). A autora afirma que o “tratar” não pode substituir o “cuidar”, que está ligado a vida diária e inclui ações de conforto, alívio e apoio em situações de doença.

“(…) ter esse olhar singular (…) tentando adequar o tratamento ao que faz sentido para a vida daquele usuário (…) eu acredito que isso acontece, então, com escuta, com acolhimento, com negociações, com diálogos, com trocas.” (Pássaro)

Após a teorização, identificou-se outras categorias para a unidade de análise “Conceito de Integralidade em Saúde”: Formação profissional, Ambiência, Educação em Saúde e Prática interprofissional.

“Formação”.

A formação em Saúde voltada para a integralidade e práticas colaborativas foi um dos tópicos mais discutidos no segundo momento de apresentações, enfatizando seu caráter contínuo e interprofissional. Notou-se que, no decorrer do desenvolvimento da disciplina, a partir das leituras e discussões realizadas, os mestrandos expandiram seus conceitos de integralidade incorporando novos elementos. Nesse momento, houve reflexão sobre suas formações acadêmicas que culminou na percepção do quanto suas trajetórias formativas influenciaram na construção (ou não) do conceito de integralidade em saúde, conforme elucida a fala a seguir.

“O que eu coloquei de diferente foi essa parte aqui de formação de profissionais de saúde melhores preparados para práticas compartilhadas, fundamentadas na educação interprofissional. Aí eu coloquei apoio e suporte da instituição através de políticas de financiamento e valorização da docência interprofissional (...). Também a uma cultura acadêmica baseada na integralidade do cuidado, (...) que não tinha,



na minha cabeça não existia. (...) Então para mim a integralidade agora ela pegou essa parte de formação, que antes não tinha, porque eu não tive.” (Gato)

“Para chegar à integração profissional é estimulado que essa comece a ocorrer desde a formação profissional, começando com a experiência desse exercício pelo profissional docente que serve como estímulo e modelo de identidade profissional.” (Raposa)

Quando há, na formação profissional, vivências de aprendizagens interativas em uma perspectiva de EIP, os estudantes estão mais aptos a criarem as competências necessárias para uma prática colaborativa. A EIP promove o trabalho em equipe, considerado importante para as práticas de integralidade em saúde. Além disto, essa abordagem reduz posturas estereotipadas que podem ocorrer entre as diferentes profissões (Batista, Batista, 2016).

As instituições de formação, quando atuam na perspectiva da EIP, estão comprometidas com a missão de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, alinhando metas educacionais para que os alunos possam trabalhar em equipe de forma eficaz na prestação de cuidados centrados no paciente (Brashers, Owen, Haizlip, 2015).

Um exemplo desse tipo de formação é o PPGSC a que este estudo se refere, que enfatiza o trabalho interprofissional, tendo como público-alvo os profissionais das áreas: medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, nutrição, psicologia, biomedicina, medicina veterinária, educação física, farmácia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, administração, ciências biológicas, engenharia sanitária e ciências sociais. Além disso, toda aula é ministrada por pelo menos 2 professores de diferentes categorias profissionais.

“Ambiência”.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o propósito de trazer os princípios do SUS para os cotidianos dos serviços em saúde. Um dos temas abordados foi a ambiência. Para que os encontros nos espaços em saúde aconteçam de forma mais acolhedora, é necessário que se promova conforto e privacidade aos usuários e profissionais (Brasil, 2013). Essa categoria apareceu como importante para haver integralidade, considerando que o ambiente físico influencia o comportamento humano.

“O que também acaba fazendo parte da forma integral de atendimento, ao meu ver, é a ambiência né, que contempla os aspectos físicos, organização do local, as tecnologias que eu tenho ali, até aspectos mais sensíveis, assim, a luminosidade, o ruído (...) os aspectos profissionais e de relações interpessoais com os usuários e entre a equipe. (...) então esses aspectos do ambiente influenciam o comportamento da pessoa. (...) é importante a atenção ser acolhedora, incluindo o conforto do espaço físico para um cuidado integral.” (Pássaro).

A ambiência considera o espaço físico como “espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2006). Aspectos que fazem parte de um olhar integral e que necessitam de atenção.

“Educação em saúde”

O Ministério da Saúde define educação em saúde como:



Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2009).

A integralidade em saúde requer um aprendizado que abarque e harmonize o saber teórico com a ação prática na educação em saúde. Os profissionais da saúde, os gestores em saúde e os usuários do sistema necessitam estar envolvidos nas práticas de educação em saúde, embora ainda exista uma distância entre eles (Falkenberg, 2014).

Segundo Barreto et al. (2019) a educação em saúde possibilita tanto a prevenção quanto a promoção de saúde para a população assistida, sendo uma aliada importante no cuidado. Promove o empoderamento e a corresponsabilização sobre a própria condição de saúde dos sujeitos do cuidado, elementos que emergem na fala a seguir:

“(...) a orientação é muito importante, também inseri a educação popular em saúde, que fala sobre a importância de valorizar os saberes populares (...)o cuidar de si, esse usuário empoderado, usuário como agente responsável pela sua saúde. E aqui eu também não falo de uma educação ‘pedagógica’, mas de reconhecer que o usuário também tem conhecimento sobre a sua doença. E a orientação tem que fazer sentido para ele se tornar corresponsável pelo tratamento, então escutar eles é necessário e rico.” (Pássaro)

A fala indica que a educação em saúde está além da transmissão de conhecimentos acerca de um determinado problema de saúde, é necessário que o profissional utilize um modelo de metodologia ativa, que considere as vivências do próprio usuário para facilitar a aprendizagem significativa. Dessa forma, em seu contexto singular, o usuário utilizará o que aprendeu para melhorar sua saúde.

Outro aspecto abordado pela fala foi a educação popular em saúde, que dentro do contexto das iniciativas da área da saúde: “configura um trabalho social, no qual o agir é orientado pelo diálogo, no compartilhamento de conhecimentos comprometidos com a transformação social” (Cruz et al., 2020).

Salienta-se que o ato de dialogar - considerando o conhecimento e o desejo do usuário - não implica em ultrapassar limites profissionais, pode ser um caminho para um “acordo” entre profissional e usuário, como se evidencia na fala a seguir:

“(...) para fazer esse balanço entre as expectativas do usuário versus a condição técnica, achei isso bem legal, que apareceu em uma das discussões, o desejo dele versus a necessidade real. E para isso tem que ter negociação, diálogo... E em alguns casos demonstrar um certo limite, (...) isso com a educação em saúde.” (Pássaro)

Sendo assim, o atendimento individual é um momento oportuno para a educação em saúde, com o objetivo de que o usuário possa dar continuidade ao cuidado da sua própria saúde no cotidiano de sua vida.

“Prática interprofissional”



A prática nos serviços de saúde demanda competências para o trabalho em equipe e em integralidade em saúde para atender as necessidades da população. Os mestrandos expressaram em suas falas que a formação continuada, para além da formação profissional inicial, também é indispensável para fortalecer a prática interprofissional e aprimorar o cuidado integral em saúde.

“Na formação profissional, a busca contínua por conhecimentos, porque a gente sempre tá aprendendo, a gente sempre tá de alguma maneira adquirindo algum conhecimento novo (...) é um processo, é um contínuo, não se esgota.” (Leão)

Ainda são poucas as experiências com EIP no Brasil (Batista, 2012). Nesse sentido, há a importância de promover espaços com potenciais para a EIP, que forme profissionais com competências necessárias para atuar nos serviços de saúde contemporâneos.

Os mestrandos destacaram a formação com EIP sempre associada a promover uma prática mais resolutiva nos serviços de saúde. A EIP é o primeiro passo para promover uma prática colaborativa e que melhore a prestação dos cuidados em saúde. Entende-se atualmente que as necessidades em saúde são cada vez mais complexas, sendo assim, o olhar de diferentes profissionais com foco no usuário dá mais possibilidades de o tratamento ser resolutivo, sem esquecer da especificidade de cada área (Peduzzi et al., 2013).

As falas a seguir demonstram essa reflexão:

“Eu acredito que manter contato com diversos profissionais em diversos saberes valoriza mais nossa prática a gente até viu no artigo da Peduzzi que ela fala sobre isso que, que o profissional que passeia entre as diversas áreas ele pode se considerar mais completo.” (Vespa)

“(...) a questão da integralidade profissional no sentido da integração com os outros profissionais de saúde de forma a ampliar e qualificar o serviço prestado. (...) A integralidade significa fomentar a integração e cooperação dos profissionais da equipe não significando borrar as diferentes posições e funções e as especificidades de cada área.” (Raposa)

Quando a equipe atua em conjunto, compreende que para haver saúde deve-se ampliar o olhar para além da doença - da visão somente biomédica - resgatando o usuário como foco central do atendimento com a visão biopsicossocial do processo saúde-doença (Batista, 2012).

O olhar biomédico foi bastante discutido pelos mestrandos no primeiro momento de definição dos seus conceitos de integralidade. Nota-se que, inicialmente, a visão biomédica era vista como algo que “impedia” a integralidade. Posteriormente, ela foi compreendida como parte do olhar biopsicossocial, reforçando a aprendizagem sobre a necessidade do olhar interprofissional.

“A gente parte do modelo biomédico para um modelo ampliado, que é a integralidade, mas que não desconsidera o modelo biomédico(...) quando eu penso em integralidade em saúde, as coisas são... as ações, as visões, elas são complementares, não tem uma mais importante e uma menos importante, elas conversam e se complementam.” (Leão)

“(...) trazer um desapego da visão curativa. Então é algo que mudou meu conceito, que a gente não precisa desapegar, mas sim aprimorar, então eu não trago mais a integralidade como o oposto dessa visão biomédica, mas sim, realmente, uma



ampliação de horizontes, uma evolução deste modelo que vem para agregar e não para substituir.” (Capivara)

A clareza dos papéis de cada profissão nos cuidados em saúde é necessária para haver um atendimento integral focado no problema do usuário. Dessa forma o trabalho em equipe se concretiza, quando os saberes se complementam (Peduzzi et al., 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a disciplina “Processo saúde-doença e integralidade do cuidado”, a utilização da metodologia da problematização utilizando o arco de Maguerez permitiu que os estudantes do PPGSC refletissem sobre seus conhecimentos acerca da integralidade em saúde. Inicialmente, compartilharam seus conceitos sobre integralidade em saúde a partir de trajetórias pessoais, tanto de formação como de prática profissional. Vários elementos surgiram destacando-se as categorias: integralidade como visão integral do ser humano, integralidade como política pública, integralidade como cuidado singularizado, humanização como ponto essencial da integralidade. Percebe-se que essas categorias são de caráter mais teórico e subjetivo.

No decorrer da disciplina foram lidos artigos científicos e livros de diversos autores para a teorização e aprofundamento sobre o tema. As discussões teóricas ocorreram com a participação de todos, sendo que a experiência profissional de cada um, vinda de diferentes contextos e áreas do saber, enriqueceu as discussões do grupo, de forma que os mestrandos foram agentes responsáveis - juntamente com a mediação das professoras - pela sua aprendizagem.

Após a etapa de teorização, quando os mestrandos instigados a revisitar seus conceitos de integralidade em saúde, observou-se a incorporação de novos elementos, antes não associados a integralidade em saúde como formação, ambiência, educação em saúde e prática interprofissional. Esses surgiram da reflexão teórica, e, a partir dela, do olhar diferenciado para a prática, sendo categorias mais operacionais e objetivas.

Atualmente, o conceito de saúde ampliado exige novas competências para atender as necessidades de saúde da população, muitas vezes complexas e desafiadoras. Por isso, são necessárias ações como essa, de formação continuada, que incluam estudos teóricos, discussões em grupo e reflexões da prática profissional para o aprimoramento das competências em integralidade em saúde.

Por fim, considera-se pertinente estimular a replicação desta experiência em outros programas de pós-graduação e em espaços de educação permanente em saúde, a fim de fortalecer a formação crítica e reflexiva dos profissionais, bem como investigar seu potencial para aprimorar o trabalho interprofissional.

5. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BARRETO, A. C. O. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n.1, p. 266-273, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/9VjrMMcnrxDBrjK5rdt9qXk/?lang=en> Acesso em: 06 out. 2023.



BATISTA, N. A.; BATISTA S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em Saúde: Tecendo redes de práticas e saberes. **Interface: Communication, Health, Education.**; v. 20, n. 56, p. 202–204, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kh54yfRbjcFfdzmGXj8rP3M/> Acesso em: 06 out. 2023.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

BRASHERS, V.; OWEN, J.; HAZLIP, J. Interprofessional Education and Practice Guide No. 2: Developing and implementing a center for interprofessional education. **J. Interprof Care**, v. 29, n. 2, p. 95–99, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 06 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. 20. ed. Brasília. DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha da Política Nacional de Humanização: Ambiência. 2. ed. Brasília. DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Informações Estratégicas. [Internet] Brasília. DF: MS, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/universo_atuacao.php Acesso em: 06 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização PNH. 1 ed. Brasília. DF: MS, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

CAUDURO, F. L. F. *et al.* Uso da problematização com apoio do Arco de Magueres como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. **Rev. de Saúde Pública do Paraná**, v.18,n.1,p.150-156,2017.Disponível em:

<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/355/pdf> Acesso em: 06 out. 2023.

COLLIÉRE, M. F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação Popular em Saúde. **Ver. Ed. Popular**, v. 00, p. 6-28, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/56014> Acesso em: 06 out. 2023.

DE MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 8.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco,



p. 43-68, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf> Acesso em: 06 out. 2023.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciê. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt> Acesso em: 06 out. 2023.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**. Florianópolis: Bernuncia Editora, 2000.

NUNES, J.; PELIZZOLI, M. **O fenômeno da saúde - o cuidado à luz da hermenêutica filosófica filosófica**. In: Pelizzoli M. Saúde em um novo paradigma: alternativas ao modelo da doença. Recife: Editora Universitária UFPE; p. 17-61, 2011.

PEDUZZI, M. *et al.* Interprofessional education: Training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 4, p.973–979, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBg9s9BCLXr856tzD/abstract/?lang=en> Acesso em: 06 out. 2023.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, v.6, n.1, p.172–177. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/abstract/?lang=pt> Acesso em: 06 out. 2023.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 15, n.3, p.1-41, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513239/pdf/CD002213.pdf> Acesso em: 06 out. 2023.

ROSA, O. M. *et al.* Educação Interprofissional em Saúde: elucidando conceitos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e74111234216-e74111234216, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34216> Acesso em: 07 out. 2023.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gBYSTYtVhpcYJGnnXyQJtBP/?lang=pt> Acesso em: 06 out. 2023.

Submissão: 07/10/2023

Aceito: 04/10/2025