

Cássia Rozária da Silva Souza

**ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA:
REGIONALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NA
VIVÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na área de concentração de Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem, Linha de Pesquisa “Formação e Desenvolvimento Profissional na Saúde e na Enfermagem”, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Gue Martini

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Cássia Rozária da Silva
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA: :
REGIONALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NA VIVÊNCIA
DO ESTÁGIO RURAL / Cássia Rozária da Silva Souza ;
orientadora, Jussara Gue Martini, 2018.
150 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Estágio Rural . 3. Formação
Profissional . 4. Interdisciplinaridade . I.
Martini, Jussara Gue . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CÁSSIA ROZÁRIA DA SILVA SOUZA

**ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA:
REGIONALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NA
VIVÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em 17 de dezembro de 2018, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 17 de dezembro de 2018.



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Dra. Jussara Gue Martini
Presidente

Universidade Federal de Santa Catarina



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro titular

Universidade Federal de Santa Catarina



Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Membro titular

Universidade Federal do Pará



Dra. Aline Massaroli
Membro titular

Universidade Federal da Fronteira Sul

Dedicatória

**A minha amada e saudosa mãe, ED-
NELZA DA SILVA SOUZA**, guerreira
da terra de Parintins/Amazonas.

**Ao povo ribeirinho do imenso Ama-
zonas/Brasil**, tão persistente como a
própria Amazônia.

A Pessoa em Situação de Rua: resga-
tar seu direito a vida e dignidade é com-
promisso de todos nós.

AGRADECIMENTOS

A DEUS Pai Todo-Poderoso por sua benevolência aos seus filhos e por sempre me Acompanhar e Guiar.

A Virgem Santíssima Nossa Senhora por sua intercessão generosa e atenta de mãe.

A minha mãe, EDNELZA DA SILVA SOUZA, exemplo de mulher forte, honesta, temente a Deus e ancorada na intercessão de Nossa Senhora.

A Universidade do Estado do Amazonas pela oportunidade e confiança. E por lutar para formar profissionais melhores, capazes de respeitar o próximo e expressar compaixão.

Ao Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde, minha casa há 14 anos, minha estória se constrói com a de nosso Curso.

A Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: o quanto pode ser belo e generoso o aprendizado.

Aos colegas do Programa DINTER: obrigada pela vivência e oportunidade.

Ao Grupo de Pesquisa EDEn/PEN/UFSC: pelo carinho, cuidado, atenção e principalmente, acolhida e respeito. Aprendi um novo redimensionar no aprender-compartilhando. Aprendi também a re-acreditar na bondade do ser humano.

A minha amada filha – LARISSA KAREN DA SILVA SOUZA que teve que se tornar ‘a dona da casa’: zelosa com nosso cantinho...rsrsrs. Mas principalmente, por ter cuidado de seus 4 irmãos caninos: Paçoca, Lessie, Tobi e Jowl e da irmã felina: Pom Pom... sei que não foi fácil, mas deixei eles com a missão de cuidarem de você também querida. Nem vou mencionar o restante da arca. Te amo filha... Orgulhosa pela jovem que se tornou, pela mulher que se tornou. Não esquecerei suas palavras no dia de minha Defesa, quando partir, irei com a certeza que contribuí com minha parte para que esse mundo continue a crer em Deus e, conseqüentemente, possa se tornar melhor.

Ao meu irmão JOSÉ ROGÉRIO e minha cunhada HILDA MARTINS, por terem cuidado de minha filha e de minha casa, abdicando de momentos de suas próprias vidas para que isso pudesse ser realizado.

A Enfa. M.Sc. LÊDA CRISTINA RODRIGUES FRANÇA, por estar perto da Larissa, cuidar e ser referencia na vida dela. Imensamente

grata por cuidar dela, que é meu único e verdadeiro bem valioso. Quero agradecer por mim mesma: Obrigada pelos ensinamentos, tanto na vida como na profissão. Sua dedicação e competência são exemplos para a nossa profissão.

A Enfa. M.Sc. MARIANINA CERBINA GRISI COSTA, outra generosidade que Deus colocou na minha vida, minha irmã paraibana-galega...obrigada por todo o cuidado e carinho durante todos esses anos.

As técnicas do Laboratório de Enfermagem da ESA/UEA: Eliane e Sara, sempre me incentivando e apoiando. Obrigada meninas pelos vários cafezinhos, inúmeros na realidade, acompanhados de escuta cuidadosa de minhas narrativas.

As minhas amigas Enfa./Profa. MARIA DO LIVRAMENTO COELHO PRATA e Enfa./Profa. JOSIANI NUNES DO NASCIMENTO, ao menor sinal, estavam de prontidão para me auxiliar. Obrigada pelas orações e palavras carinhosas.

As Ênfases/Profas. MARIA DE NAZARÉ DE SOUZA RIBEIRO, CLEISIANE XAVIER DINIZ, sempre apoiando. Sem falar da carinhosa e 'Festa de Batismo do Doutorado' que ganhei. Quanta generosidade. Deus continue iluminando cada uma de vocês.

A amiga do DINTER, Profa. M.Sc. CHEILA MARIA LINS BENTES...Floripa, em especial Canasvieiras: Canas é nossa mana. Nos tornamos 3 em 2016...eu, você e Larissa. Depois em 2018...eu e você. Sabemos o quanto foi difícil, mas estávamos lá, lado a lado, apoiando, incentivando, levando e caminhando pra frente: obrigada mana feia... Junto vieram Marcos e Raquel Bentes... Obrigada por nos colocar nesse espaço reservado à família, junto a vocês. Deus te abençoe sempre.

Aos colegas de doutorado UFSC/UEA, em especial: MÍRIAM ELENIT DE FACHIN, JUCIMARY NASCIMENTO, FERNANDA CASTRO, FABÍOLA DA SILVA, MANOEL NETO, DARLISOM FERREIRA e MARIA LUIZA... A jornada só foi possível com vocês.

As Profas. SOCORRO NINA, AMÉLIA SICSÚ, EVELINE CAÇOTE, FLÁVIA COELHO, ANETE LEDA MARTINS... nestas, agradeço a todos docentes, técnicos administrativos e técnicos de laboratório da ESA/UEA pelo carinho, orações e torcida para a concretude do doutorado, assim como aos colegas da Escola Normal Superior (ENS/UEA), Escola Superior de Ciências Sociais (ESO/UEA) e Escola Superior de Tecnologia (EST/UEA).

Ao Grupo de Oração Servos de Maria da Paróquia Nossa Senhora das Mercês do Bairro do Eldorado-Manaus-Am, e na pessoa de sua Coor-

denadora Sra. Graça, vocês foram meu cajado espiritual nesses últimos 6 anos. Vossas orações me acompanham diariamente.

A Pastoral do Povo de Rua da Arquidiocese Metropolitana de Manaus/Am, na pessoa de seu Assessor Pastoral Pe. Joaquim Hudson de Souza Ribeiro e de sua Coordenadora Sra. Natércia: me oportunizando praticar a concretude do ensinamento e amor Divino. Obrigada pelas preces.

Ao Corpo de Enfermagem do Hospital Geral Adriano Jorge, local este que por 14 anos foi minha segunda casa. Deixei naquele Hospital amigos e aprendi muito. Pra não ser injusta não citarei nomes, pois são muitos e, posso acabar deixando alguém de fora. Obrigada por se fazerem sempre presentes na minha vida e não se esquecerem de mim. O carinho que recebo todas as vezes que volto a este hospital é realmente revigorante.

Aos meus outros irmãos e irmãs, sobrinhas e sobrinhos: obrigada pelas orações.

A minha ex-aluna: Enfa. Reneide Lopes, mais do que informações técnicas, me ajudou a construir ideias. Obrigada pela colaboração, torcida e orações, minha filha da ESA/UEA, o município de Uarini nos deu uma bela enfermeira, competente e fraterna.

Ao ex-aluno: Enf. Wericon Nascimento, suas informações quanto à vivência no ERSC me possibilitou dimensionar a busca por dados mais concretos. Obrigada pela colaboração e torcida.

Aos meus ex-alunos, e em especial, a Turma de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem I 2018-1, vocês foram um grato presente, são meu estímulo e perseverança. Torcida fiel e verdadeira.

Aos colaboradores que atuam no 4º andar da ESA/UEA: Sr. André Luiz, Sr. Assef, Sra. Tânia, Sra. Maria (com sua 'salvadora' tapioquinha) e Sra. Rosa, sempre me acolhendo com carinho e preocupação.

A equipe do Polo de Telessaúde do Amazonas, por toda a atenção e presteza sempre que solicitado, obrigada por sempre me apoiarem.

A minha Turma de Cuidador Social 2017-2 da Escola de Serviço Público Municipal e Inclusão Socioeducacional (ESPI), profissionais exemplos de dedicação, força e coragem, todos trabalhando com os socialmente fragilizados. Ver o que vocês fazem é revigorante a alma. Parabéns queridos e Obrigada.

Aos amigos de longa data e que casualmente, fui encontrando nestes últimos 2 anos. A vida nos permitiu vivenciar este momento juntos, muito obrigada pelo carinho e orações.

A Profa. Maria de Lourdes de Souza, mais um anjo em minha vida, colocado por Deus em um momento decisivo e delicado. Era orientadora da Cheila Bentes, porém, pra mim, era a minha 'orientadora' de boas conversas, onde falávamos, entre tantas conversas - de coisas nem tão serias assim. Obrigada querida Profa., eu já sabia o quanto eras grande, e pude também conhecer o quanto eras generosa.

A minha amada Profa. e Orientadora Dra. Jussara Gue Martini, não tenho como dimensionar meu agradecimento. Rezo por sua sabedoria, saúde e fortaleza. Mais do que orientadora, foi quem me fez seguir até o fim, por sua compreensão e respeitando meus limites e 'tempos'. Dedico-lhe esta conquista minha querida profa. Obrigada.

“Senhor, dai-me força e coragem, porque sem Ti, nada sou”.
(autor desconhecido)

“Não concordo com uma única palavra do que dizeis, mas defenderei até a morte o vosso direito de dizê-la”.
François Voltaire (1694-1778)

RESUMO

Os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia realizam verdadeiras imersões na assistência interdisciplinar em diferentes municípios do interior do Estado do Amazonas. A significação que essa experiência reflete nesses discentes pode ser retratada como uma ferramenta positiva quanto às práticas na assistência. Este estudo teve como objetivo compreender as contribuições do ERSC para a formação dos discentes de Enfermagem, Medicina e Odontologia da ESA/UEA. No processo construtivo na Tese as três partes abordam como a interdisciplinaridade está incorporada no Estágio Rural de Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA). Como proposta o ERSC se apresenta para atuar na interdisciplinaridade e multidisciplinaridade das ações conjuntas nos municípios do interior do Amazonas, trabalhando em atividades complementares às realizadas nesses municípios e suas comunidades, inovando em estratégias positivas, auxiliando na resolutividade e minimizando as demandas locais, impulsionando a participação social de forma ativa e transformadora de si mesma (ERSC, 2013). Como resultados da Tese foram elaborados os seguintes manuscritos: 1) Educação do enfermeiro e as diretrizes curriculares nacionais: estudo de revisão; 2) Aprendizado interdisciplinar: Enfermagem, Medicina e Odontologia no estágio rural no Amazonas, Brasil e 3) Estágio Rural no Amazonas: percepção dos discentes sobre a aprendizagem para a vida profissional. O estudo se deu por meio de um Estudo de Caso, qualitativo, com amostra de 50 estudantes de três turmas distintas (4ª turma 2017; 2018-1 e 2018-2. A coleta de dados ocorreu na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA), por meio de entrevista semiestruturada, e análise temática categorial. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ESA/UEA com o CAAE: 81299317.8.0000.5016 de acordo com a Resolução 466/2012 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos. Quanto aos participantes, 60% é do sexo masculino. Ambos os sexos se encontram na faixa considerada como adulto jovem (até 29 anos) somando 80% para os homens e 75% para as mulheres. Referente ao estado civil 78%, ambos se encontram solteiros, com renda familiar de 52% entre 3 ou mais salários mínimos dos entrevistados e 36% possuíam de 2 a 3 salários. Como resultado da pesquisa, verificou-se que a experiência do Estágio Rural contribui de forma impar para a construção do profissional, tanto no aprendizado técnico-científico, quanto na vivência

das práticas de atuação, não apenas aos profissionais, mas entre os discentes, e principalmente, com a própria comunidade e indivíduos distintos. Os resultados deste estudo são apresentados em três manuscritos, sendo que o primeiro aborda a revisão de literatura, por meio da análise de 56 artigos, substanciando desde a história das discussões sobre a formação do enfermeiro até as diretrizes curriculares nacionais, associado às mudanças políticas, sociais e econômicas. No manuscrito dois a abordagem é sobre a interdisciplinaridade entre os cursos de saúde da ESA/UEA, com foco no Estágio Rural em Saúde Coletiva - Enfermagem, Medicina e Odontologia, e como isso acontece na prática. O manuscrito três reporta-se a contribuição dos discentes sobre o aprendizado profissional e seu reflexo na sua formação. Como contribuição deste estudo, destaca-se que os discentes referem como potencialidades do ERSC a socialização dos saberes, o compartilhamento de experiências formativas, a integração com seus preceptores e docentes supervisores nos cenários de atuação prática.

Palavras-chave: 1. Estágio Rural 2. Formação Profissional 3. Enfermagem 4. Interdisciplinaridade 5. Medicina 6. Odontologia

ABSTRACT

The Nursing, Medicine and Dentistry courses carry out real immersions in the interdisciplinary assistance in different municipalities of the interior of the State of Amazonas. The significance that this experience reflects on these learners can be portrayed as a positive tool for care practices. This study aimed to understand the contributions of the ERSC to the training of students of Nursing, Medicine and Dentistry of ESA/UEA. In the constructive process in the thesis, the three parts deal with how interdisciplinarity is incorporated into the Rural Internship of Collective Health of the Higher School of Health Sciences of the University of the State of Amazonas (ESA/UEA). As a proposal the ERSC presents itself to work in the interdisciplinary and multidisciplinary nature of the joint actions in the municipalities of the interior of Amazonas, working in activities complementary to those carried out in these municipalities and their communities, innovating in positive strategies, assisting in resolution and minimizing local demands, social participation in an active and self-transforming way (ERSC, 2013). As results of the thesis, the following manuscripts were elaborated: 1) Nursing education and the national curricular guidelines: review study; 2) Interdisciplinary learning: Nursing, Medicine and Dentistry in the rural stage in Amazonas, Brazil and 3) Rural Internship in Amazonas: students' perception about learning for professional life. The study was carried out through a qualitative case study, with a sample of 50 students from three different groups (4th class 2017, 2018-1 and 2018-2). Data collection took place at the School of Health Sciences of the State University of Amazonas (ESA / UEA), through a semi-structured interview, and categorical thematic analysis. The research was approved by the Ethics Committee in Research of the ESA/UEA with the CAAE: 81299317.8.0000.5016 according to Resolution 466/2012 of 12/12/2012 of the National Health Council for Research with Human Beings. As for the participants, 60% is male. Both sexes are in the range considered as young adult (up to 29 years old) adding up to 80% for men and 75% for women. Regarding marital status, 78% were single, with a family income of 52% between 3 or more minimum wages and 36% had 2 to 3 wages. As a result of the research, it was verified that the Rural Internship experience contributes in an odd way to the construction of the professional, both in technical and scientific learning, as well as in the experience of practice, not only professionals, but also among students, and mainly, with the community itself and different individuals. The results of this study are

presented in three manuscripts, the first of which deals with the literature review, through the analysis of 56 articles, substantiating from the history of the discussions about the training of nurses to the national curricular guidelines, associated with political changes, social and economic. In the manuscript two the approach is about the interdisciplinarity between the ESA/UEA health courses, focusing on the Rural Internship in Collective Health - Nursing, Medicine and Dentistry, and how this happens in practice. The manuscript three reports the contribution of the students on the professional learning and its reflection in its formation. As a contribution of this study, it is highlighted that the students refer as potentialities of the ERSC the socialization of the knowledge, the sharing of formative experiences, the integration with their preceptors and supervisors in the scenarios of practical action.

Keywords: 1. Rural training 2. Training professional 3. Nursing 4. Interdisciplinarity 5. Medicine 6. Dentistry

RESUMEN

Los cursos de Enfermería, Medicina y Odontología realizan verdaderas inmersiones en la asistencia interdisciplinaria en diferentes municipios del interior del Estado de Amazonas. La significación que esa experiencia refleja en esos discentes puede ser retratada como una herramienta positiva en cuanto a las prácticas en la asistencia. Este estudio tuvo como objetivo comprender las contribuciones del ERSC para la formación de los discentes de Enfermería, Medicina y Odontología de la ESA / UEA. En el proceso constructivo en la Tesis las tres partes abordan cómo la interdisciplinariedad está incorporada en la Etapa Rural de Salud Colectiva de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad del Estado de Amazonas (ESA / UEA). Como propuesta el ERSC se presenta para actuar en la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de las acciones conjuntas en los municipios del interior del Amazonas, trabajando en actividades complementarias a las realizadas en esos municipios y sus comunidades, innovando en estrategias positivas, auxiliando en la resolutivez y minimizando las demandas locales, impulsando participación social de forma activa y transformadora de sí misma (ERSC, 2013). Como resultados de la Tesis se elaboraron los siguientes manuscritos: 1) Educación del enfermero y las directrices curriculares nacionales: estudio de revisión; 2) Aprendizaje interdisciplinario: Enfermería, Medicina y Odontología en la etapa rural en el Amazonas, Brasil y 3) Etapa Rural en el Amazonas: percepción de los discentes sobre el aprendizaje para la vida profesional. El estudio se dio por medio de un Estudio de Caso, cualitativo, con una muestra de 50 estudiantes de tres clases distintas (4ª clase 2017, 2018-1 y 2018-2) La recolección de datos ocurrió en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad de acuerdo con la Resolución 466/2012 de la ESA/UEA con el CAAE: 81299317.8.00.00.5016 de acuerdo con la Resolución 466/2012 de los cuales el 60% es del sexo masculino, ambos sexos se encuentran en la franja considerada como adulto joven (hasta 29 años) sumando el 80% para los participantes y el 75% para las mujeres. Referente al estado civil 78%, ambos se encuentran solteros, con ingresos familiares del 52% entre 3 o más salarios mínimos de los entrevistados y el 36% poseía de 2 a 3 salarios. Como resultado de la investigación, se comprobó que la experiencia de la Etapa Rural cont que es una de las más importantes de la historia de la ciencia y de la ciencia. Los resultados de este estudio se presentan en tres manuscritos, siendo que el primero aborda la revisión de literatura, a través del análisis de 56 artículos, sustanciando

desde la historia de las discusiones sobre la formación del enfermero hasta las directrices curriculares nacionales, asociado a los cambios políticos, sociales y económicas. En el manuscrito dos el abordaje es sobre la interdisciplinariedad entre los cursos de salud de la ESA/ UEA, con foco en la Etapa Rural en Salud Colectiva - Enfermería, Medicina y Odontología, y cómo eso sucede en la práctica. El manuscrito tres reporta la contribución de los discentes sobre el aprendizaje profesional y su reflejo en su formación. Como contribución de este estudio, se destaca que los discentes refieren como potencialidades del ERSC la socialización de los saberes, el compartir experiencias formativas, la integración con sus preceptores y docentes supervisores en los escenarios de actuación práctica.

Palabras-clave: 1. Etapa rural 2. Formación profesional 3. Enfermería 4. Interdisciplinariedad 5. Medicina 6. Odontología

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do banco de dados da CAPES, 2000-2016 e 2016-2018	45
Figura 2 – Mapa do Estado do Amazonas – municípios do Internato Rural 2017-2 e 2018-1 e 2018-2	90
Figura 3 - Mapa conceitual interdisciplinaridade – Internato Rural ESA/UEA, 2018	93
Gráfico 1 - Distribuição dos acadêmicos por município de origem, Florianópolis, Santa Catarina, 2018	95

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Mudanças Curriculares em Enfermagem no Brasil. Florianópolis, Santa Catarina, 2018 34
- Quadro 2** – Mudanças Curriculares em Medicina no Brasil (Florianópolis, Santa Catarina, 2018) 39
- Quadro 3** – Mudanças Curriculares em Odontologia no Brasil (Florianópolis, Santa Catarina, 2018) 41
- Quadro 4** – Coleta de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, 2000-2016 e 2016-2018 46
- Quadro 5** – Distribuição dos estudos que foram identificados na consulta às bases de dados. Florianópolis, Santa Catarina, 2018 47
- Quadro 6** – Distribuição dos municípios onde foram realizados os Estágios Rurais de Saúde Coletiva nos semestres de 2017-2 e 2018-1 (Florianópolis, Santa Catarina, 2018) 71
- Quadro 7** – Componentes curriculares da disciplina ERSC dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, ESA/UEA, 2016 83
- Quadro 8** – Projetos Pedagógicos de Cursos de Enfermagem que mencionam o termo internato ou estágio para indicar atividades em outros municípios, 2018. 85

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos artigos selecionados, segundo os meios eletrônicos, entre 1996 e 2018. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018. 47
- Tabela 2** – Distribuição dos acadêmicos por município, tempo de permanência, tipo de estadia, tipo de deslocamento e tempo de viagem para realização do Estágio Rural em Saúde Coletiva da ESA/UEA. 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
AIS – Atenção Integral a Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
BDENF – Banco de Dados da Enfermagem
BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBEn – Congresso Brasileiro de Enfermagem
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CES – Câmara de Educação Superior
CFE – Conselho Federal de Educação
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DOAJ - Directory of Open Access Journals
E – Entrevistado
EE – Escola de Enfermagem
ER – Estágio Rural
ERSC – Estágio Rural em Saúde Coletiva
ESA – Escola Superior de Ciências da Saúde
ESAT – Escola Superior de Artes e Turismo
ESF – Estratégia Saúde da Família
GT – Grupo de Trabalho
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME – Ministério da Educação
MEC – Ministério da Educação e Cultura
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OJS – Open Journal System
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Agentes Comunitários de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional
PPC – Projeto Político Pedagógico
SCIELO – A Scientific Electronic Library Online
SENADEn – Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em
Enfermagem
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSF – Unidade Básica da Saúde da Família
UEA – Universidade do Estado do Amazonas
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
ER – Unidade de registro
US – Unidade de significância
USP – Universidade do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	29
REVISÃO DA LITERATURA	33
MANUSCRITO I . EDUCAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS DIRE- TRIZES CURRICULARES NACIONAIS: ESTUDO DE REVISÃO	33
REFERENCIAL TEÓRICO	63
METODOLOGIA	71
RESULTADOS.....	79
MANUSCRITO 2	79
MANUSCRITO 3	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A	139
APÊNDICE B.....	143
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO ...	147
ANEXO 2 – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	149

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Mais que uma distância geográfica e física que separa o Amazonas das demais regiões brasileiras, há outra distância que, mais que a primeira, cerca a região há décadas - a diferenciação dos interesses políticos e administrativos de um governo segmentarista. A maior floresta do mundo, biodiversidade inigualável, conquista o interesse dos diferentes países do mundo, nem sempre benéfico aos nativos e às políticas governamentais brasileiras. Como nativa que sou, deixo-me envolver pelo impulso e necessidade de minimizar essas desigualdades, no contexto nacional e intrarregional. Como? Contribuindo para que os muitos enfermeiros reflitam que viver no Amazonas, diante da menos valia regional, e lá conviver com os diferentes requerimentos de saúde no sentido controverso do ser ribeirinho requer um olhar distinto sobre o ser profissional no contexto da educação e saúde.

Além disso, ao longo dos anos há migração acentuada de profissionais devido ao vasto mercado de trabalho, haja vista a população do Amazonas perfazer cerca de quatro milhões de habitantes, e estar inserido na maior região brasileira. Apesar da expansão do número de instituições de ensino superior no estado, especialmente na cidade de Manaus, ainda a academia possui um significativo déficit de docentes com titulação *strictu sensu*. Assim, é compromisso de Estado promover a formação de pesquisadores, Mestres e Doutores, para responder as demandas sociais e, também, contribuir para a defesa do Patrimônio Mundial - a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) criada em 2001, incorpora no seu organograma os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, principalmente porque a região possuía uma carência muito grande desses profissionais, principalmente no interior do Estado. Como Enfermeira, passo então a incorporar o corpo docente do Curso de Enfermagem, em processo seletivo em 2005 para a disciplina do 1º período Atenção Integral a Saúde (AIS), voltada em seu plano para a saúde pública e trabalhando com três turmas mistas, cada uma com alunos de enfermagem, medicina e odontologia. O exercício didático e pedagógico com os três profissionais de cursos diferentes e com alunos distintos foi por si só, um aprendizado único. Destaco que os Concursos Públicos para seleção de docentes efetivos começaram em 2011, tendo ocorrido o concurso para AIS em 2012, deixando então o vínculo de professora contratada para efetiva, nas disciplinas AIS e Educação em Saúde.

Sempre fui do pensamento que a formação no próprio Amazonas precisava ganhar um impulso maior, pois essa limitação, já citada, refletia em não oportunizar maiores horizontes aos que lá moram, em especial ao interiorano.

No processo de construções coletivas na UEA foi aprovado o Programa de Doutorado em Enfermagem em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coursar um Doutorado requeria de cada um, vivenciar a mudança de cidade, região, hábitos, alimentos e clima.

A convivência com enfermeiros e pesquisadores no Curso de Doutorado como estudante proporcionou desvelar muitos caminhos para aprender e ensinar, parcerias e oportunidades, presente e futuro, e isto por si só, se constitui em imensa riqueza. Além disso, diante do cenário no qual atuo como enfermeira, nativa e interessada na saúde e cultura de ribeirinhos, me debrucei sobre o tema de interesse – educação no contexto multiprofissional e no internato rural. Desejo com isto contribuir para um registro que, apesar de suas limitações, se constitua em marco para a educação em Enfermagem no Amazonas.

Assim, assumi o compromisso de buscar conhecer o que os acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia vivenciaram no Estágio Rural em Saúde Coletiva (ERSC), e sua proposta de integralidade na formação e de como as práticas desenvolvidas nesse estágio representam aprendizagem para sua vida profissional.

O ERSC para os acadêmicos do curso de Enfermagem e Odontologia é uma das últimas disciplinas da matriz curricular de seus cursos, enquanto que para o curso de Medicina, após o ERSC, os estudantes cumprem mais um período de atividades acadêmicas. Mesmo como requerimento distinto de cada curso, todos os acadêmicos passam pelo ERSC sabendo que nela há um diferencial de planejamento e execução na disciplina, bem como em sua proposta, e que as ações deverão ter um caráter integralizador, oportunizando e permitindo o reconhecimento das profissões entre si. Mediante o sistema de ensino, desenvolvido nas três áreas profissionais aqui apresentadas, revela o cumprimento na prática, da Missão da UEA com a indissociabilidade do ensino, extensão e pesquisa.

Nas vezes que estive no ERSC, foi possível contribuir com a realização das atividades ou suas adequações no plano de ensino do ERSC, visto o compromisso acadêmico e o desenvolvimento profissional e pessoal. Além disso, é compromisso institucional assegurar o atendimento da população sem que lhe seja causado nenhum dano, ou seja, que as inter-

venções realizadas pelos estudantes, para o atendimento das necessidades de atenção à saúde da população local, sejam significativas, inclusive para inserção da UEA nos municípios do Estado, implementando e somando-se as ações realizadas pela gestão local.

Pretende-se com esta pesquisa conhecer as contribuições que a integralização das ações dos acadêmicos no ERSC proporciona para a sua qualificação profissional.

Quando da criação e implantação dos cursos de saúde na UEA, os docentes investiram na integralização dos cursos e dos profissionais a partir da premissa de que o contato e a convivência entre eles beneficiariam a formação de um profissional mais aberto ao entendimento e reconhecimento de que cada uma das profissões e que isto, se faz impar na atuação junto ao usuário e a população. A aproximação entre as áreas oportunizaria o surgimento de ações compartilhadas e complementares entre si e a população tenha um atendimento integralizado.

A aproximação com o tema está vinculada à minha participação na disciplina do Estágio Rural em Saúde Coletiva, vivenciando o seu desenvolvimento desde o início do semestre, o que me oportunizou observar a dinâmica de sua realização, desde o planejamento até a avaliação final do semestre. Assim sendo, surgiu a inquietação sobre qual poderia ser a contribuição das experiências vivenciadas na disciplina para a formação dos futuros profissionais e do quanto às atividades realizadas pelos estudantes nos municípios durante o ERSC, contribuem para a qualificação da atenção à saúde da população. Além disso, a experiência como docente do ERSC despertou o interesse em saber se em algum momento houve continuidade da gestão local dos municípios das ações desenvolvidas pelo grupo de alunos que ali atuaram. Deseja-se ainda com este estudo, compreender como os alunos e os docentes percebem o processo de aprendizagem e formação vivenciado no ERSC.

Atentos a essa premissa, pensou-se que após 15 anos de UEA e 10 anos de realização do Estágio Rural em Saúde Coletiva na ESA/UEA, já possa ser possível identificar o impacto desta prática na formação dos profissionais de saúde, verificando se a imersão no ERSC possibilita que os acadêmicos identifiquem os resultados da atuação interdisciplinar na execução das intervenções nos municípios.

A própria história do ERSC provoca a reflexão sobre os resultados desta formação, onde se busca responder as seguintes questões de pesquisa: como os acadêmicos, concluintes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, estão realizando as intervenções de atenção à

saúde e que resultados estas intervenções apresentam para os municípios onde atuam? Como a vivência do ERSC contribui para a reflexão dos futuros profissionais sobre as necessidades de mudanças nas ações de saúde e educação que possam contribuir para a melhoria das condições de vida das populações das comunidades onde atuam?

O registro das vivências por meio da presente pesquisa foi organizado para apresentação em manuscritos. Estes, por sua vez, servirão para subsidiar o ensino em outros grupos de estudantes e, também, para o aperfeiçoamento dos docentes e profissionais envolvidos. Assim, serão apresentados no contexto desta Tese os seguintes manuscritos: 1) Educação do enfermeiro e as diretrizes curriculares nacionais: estudo de revisão; 2) Aprendizado interdisciplinar: Enfermagem, Medicina e Odontologia no estágio rural no Amazonas, Brasil e 3) Estágio Rural no Amazonas: percepção dos acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia sobre a aprendizagem para a vida profissional.

Os manuscritos foram planejados visando responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as contribuições do ERSC para a formação dos acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da ESA/UEA?

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral:

Compreender as contribuições do ERSC para a formação dos acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da ESA/UEA.

1.2 Objetivos específicos:

- Identificar na literatura publicada, nos últimos dezessete anos, as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem em termos da formação do enfermeiro;

- Relacionar as contribuições do ERSC para a formação dos profissionais da área da saúde, na perspectiva dos estudantes;

- Sistematizar a percepção dos acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia sobre as aprendizagens propiciadas pela vivência do ERSC.

REVISÃO DA LITERATURA

Os resultados deste estudo são apresentados em três manuscritos, sendo que o primeiro aborda a Revisão de Literatura, por meio da análise de 56 artigos, substanciando desde a história das discussões sobre a formação do enfermeiro até as diretrizes curriculares nacionais, associado às mudanças políticas, sociais e econômicas.

MANUSCRITO I . EDUCAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: ESTUDO DE REVISÃO

Introdução

A formação profissional do(a) enfermeiro(a) precisa atender as necessidades de atenção à saúde da população, esta submetida as influências político-econômicas, social e culturais pelas quais o Brasil e o mundo passam, tanto na educação como na saúde (NEVES, DRAGANOV e SENNA, 2013).

Tendo em consideração o processo histórico, as demandas de atenção à saúde que surgem, a enfermagem brasileira também se modifica: em 1890 surge a Escola Profissional de Enfermeiros no Hospício Nacional de Alienados, preparando os enfermeiros para atuarem em hospícios e hospitais civis e militares, centrada na assistência hospitalocêntrica e curativa (SILVA *et al.*, 2010). Em São Paulo, em 1901, surge a Escola do Hospital Evangélico, se propondo a habilitar as pessoas qualificadas para o atendimento a estrangeiros que moravam no Brasil. Na década seguinte (1916) funda-se a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, habilitando voluntários para o atendimento de emergências de guerra (PORTO *et al.*, 2009). Neste período a formação ainda não tinha adotado os padrões da assistência de enfermagem preconizados por Florence Nightingale, estabelecidos em Londres desde 1860 (MARTINS e BENITO, 2016).

Decorrente da crise econômica e de saúde pública que assolou o mundo na década de 20, tem-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (Lei 3.987 de 2 de janeiro de 1920) e em 1923 o Decreto N.16.300/23 regulamenta o funcionamento e o currículo da Escola de Enfermeiras do referido Departamento (LEI, 1920; DECRETO, 1923).

Neste mesmo ano foi fundada a Escola de Enfermeiras Anna Nery, passando a ser considerada escola oficial padrão e as demais escolas deveriam equiparar-se a mesma (DECRETO, 1931).

Em 1926, foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com forte atuação no processo de formação profissional do enfermeiro buscando regulamentar a formação nos diferentes níveis, contribuindo ativamente para formação das políticas e diretrizes educacionais da enfermagem (CARVALHO, 2012).

O governo, atendendo a demanda mercadológica formaliza o ensino de enfermagem, ampliando o número de escolas, integrando a criação das mesmas em todo centro ou Faculdade de Medicina, estabelecendo ainda o currículo pleno (LEI 775 de 1949).

Decorrente da Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a enfermagem busca modificações em seu curso, apesar de mobilização de diferentes setores da área, foi aceito o Parecer n. 271/62 proposto pela comissão do Conselho Federal de Educação (composto por três médicos), regulamentando assim o currículo mínimo da enfermagem (GALLEGUILLLOS e OLIVEIRA, 2001).

O Quadro 1 apresenta as Diretrizes Curriculares Nacionais* (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem.

Quadro 1 – Mudanças Curriculares em Enfermagem no Brasil (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Ano	Alteração	Características	Fator desencadeador
1923	Escola de Enfermeiras Departamento Nacional de Saúde Pública. Decreto N. 20.109/23	Considerada a 1ª Escola de Enfermagem Moderna (padrões nightingalianos). Atuando nos problemas públicos de saúde. Criação da EE Anna Nery.	Crise econômica e de saúde pública na década de 20.
1949	Reconhecimento como ensino universitário. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949.	O reconhecimento não é mais pela equiparação, mas pelo Ministério da Educação e Saúde. Mobilização dos profissionais de enfermagem.	Processo de industrialização. Novo mercado de trabalho, etc.

1962	Reduziu a duração do curso de 4 para 3 anos; eliminou a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública. Parecer n. 271/62 do CNE.	Apresentação de uma proposta de currículo mínimo para os cursos de enfermagem (Comissão de Peritos de Enfermagem, Ministério da Educação, ABEn e as 19 Escolas de Enfermagem existentes no Brasil).	Lei n. 4.024/61, Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
1972	O currículo mínimo passa a ter 2 troncos, etc. Parecer 163/72. Resolução CFE n.4 de 1972.	Pré-profissional e profissional comum. Habilitação: médico-cirúrgica; obstétrica e em saúde pública.	Reforma Universitária. Lei 5.540/1968 de 28 de novembro de 1968.
1994	Estágio curricular com 500 horas. Revisão dos conteúdos das ciências humanas e biológicas. Saída das disciplinas da área de educação. Parecer 314/94 do CFE. Portaria 1721 do ME.	Ação mobilizadora da ABEn com Seminários Nacionais e Regionais. Formação de enfermeiros para o SUS	Precedida e pressionada: VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Constituição Brasileira em 1988. Criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (Leis N. 8.080/90 e 8.142/90).

2001	<p>Formação generalista; autonomia; técnica e científica; atender a demanda da comunidade.</p> <p>Competências gerais e específicas, habilidades, atitudes, etc.</p> <p>Resolução 03/2001 do CNE (define as Diretrizes Curriculares Nacionais).</p>	<p>Construção coletiva da proposta, oriunda de uma forte mobilização dos profissionais e segmentos sociais; formação integral; interdisciplinaridade, etc.</p>	<p>Reestruturação dos cursos de graduação; diretrizes para cada curso. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394 de 20 de 12 de 1996.</p> <p>ABEn: 3º SENADEn - Rio de Janeiro (1998). Tema: “As Diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB”.</p> <p>Carta de Florianópolis - 51º CBEEn e 10º Congresso Pan-americano de Enfermagem em 1999. 4º SENADEn – Fortaleza.</p> <p>Tema: Enfermagem: tendências e perspectivas político-pedagógicas.</p>
2009	<p>Carga horária: mínimo de 4.000 horas.</p> <p>Integralização: 5 anos (10 semestres letivos).</p> <p>Resolução CNE/CES N.04 de abril de 2009.</p>	<p>Carga horária mínima e Modalidade presencial.</p>	<p>Assegurava as IES liberdade de definir as cargas horárias para integralização dos currículos. Parecer N. CNE/CES 108 de 2003.</p>

2018	Abrangência do cuidado: grupos populacionais socialmente diversos. Atividade prática: 50% da carga horária da disciplina. Parecer Técnico n.28/2018. Resolução CNS N. 573 de janeiro de 2018.	Carga horária do Estágio Curricular Supervisionado: passa para 30% (sendo 50% na atenção básica e 50% na rede hospitalar).	13º SENADEn 2012- Belém: é criado o GT Educação para fazer um estudo nacional. 14º SENADEn em 2014 - Carta de Maceió: recomendação da revisão das DCN. 67º CBEEn 2015- São Paulo: Reunião do Conselho Consultivo de Escolas e Cursos de Enfermagem.
------	---	--	---

*As Diretrizes Curriculares Nacionais foram assim denominadas a partir de 1997.

Fonte: Elaboração da Autora (2018).

Analisar as DCN, em consonância com o que a política de educação e de saúde preconiza, juntamente com o mérito da competência e compromisso, precisa ser avaliado em ciclos e de modo permanente vista as influências de suas constantes modificações. Para tanto, são requeridos criticidade e bom senso do profissional enfermeiro, bem assim, conhecimento da realidade que perpassam estas diretrizes.

Consonante a evolução as práticas de atuação na saúde, os cursos devem acompanhar as definições apresentadas nas DCN. A compreensão e aplicação destas requerem leitura dinâmica e inclusiva, para atender as necessidades de todos os segmentos e atores envolvidos. Portanto, neste manuscrito, busca-se “Identificar na literatura publicada, nos últimos dezessete anos, as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem em termos da formação do enfermeiro”. Assim, será possível identificar ao longo do tempo as modificações das diretrizes que definem os compromissos dos Cursos de Graduação em Enfermagem com a formação do enfermeiro.

O Quadro 2 mostra a evolução curricular da Diretriz Curricular Nacional do Curso de Graduação em Medicina.

Quadro 2 – Mudanças Curriculares em Medicina no Brasil (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Ano	Alteração	Características	Fator desencadeador
1808	Surgimento das primeiras Escolas Médico-Cirúrgicas em Salvador e no Rio de Janeiro	Iniciou-se o hospital militar em Salvador, que viria a se constituir a Faculdade de Medicina.	Abertura dos portos brasileiros.
1816	Carta Régia	Transformou a Escola de Cirurgia da Bahia em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia.	Utilização do hospital de caridade como espaço de ensino.
1832	Transformação das Academias de Medicina e Cirurgia	Passam a ser Faculdades de Medicina (Rio de Janeiro e Bahia).	Criação de leis educacionais.
1854	Implantação da nova organização das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro	Fortalecimento e desenvolvimento do ensino médico brasileiro.	Decreto 1.387, de 28 de abril de 1854.
1884	Novos Estatutos das Faculdades de Medicina.	Elaborados com a participação dos professores.	Decreto 9.311, de 25 de outubro de 1884.
1885	Criação da cadeira de medicina legal	Prioridade da legislação sobre a estruturação interna das instituições.	Decreto 9.360, de 17 de janeiro de 1885.
1895	Criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.	Abertura de Escola de Medicina após 89 anos, terceira no Brasil e primeira da região sul. Mantém o acesso elitizado.	Implantação da Constituição Liberal.
1912	Faculdade Federal de Medicina do Paraná.	Novos regulamentos para as faculdades de medicina.	Decreto 8.661, de 5 de abril de 1911.

1933	Sociedade Civil Escola Paulista de Medicina.	Desde a sua fundação tinha a vocação pública e a intenção de federalização, o que só foi concretizado em 1956.	Grupo de professores reuniu-se em sociedade civil sem fins lucrativos.
1951	- Criação dos hospitais de clínicas de Salvador e de Porto Alegre. - 1º Congresso Pan-americano de Educação Médica.	- Primeiro ensaio de planejamento econômico do Brasil. - Lima (Peru).	De forma pioneira, a soma de esforços de ministérios, com destaque para saúde, alimentação, transportes e energia.
1955	1º Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva.	Vina del Mar (Chile).	
1956	Abertura da 24ª faculdade em 149 anos de ensino da medicina no Brasil.	Criação da Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil.	Avaliar o ensino médico brasileiro e proceder e coordenar consultas visando à elaboração de um projeto de lei adequado à nova realidade do ensino da medicina no Brasil.
1962	Fundação da Associação Brasileira do Ensino de Medicina.	Reuniões Anuais para discussão do ensino da medicina.	A partir de 1976 passa a ser denominada de Congresso Brasileiro de Educação Médica (CBEM).
1970	Reuniões/Congressos de Educação Médica.	Década de 1970.	Os temas questionavam a formação curricular operada nas Escolas de Medicina.
1978	Regulamentação da Residência Médica.	Década de importantes movimentos reivindicatórios no setor saúde.	Implantação do PRE-VSAÚDE, as greves nacionais dos residentes e dos médicos do Rio de Janeiro.

1980	CBEM	- O papel da Escola Médica diante do PrevSaúde – O Médico e o Mercado de Trabalho.	Atendendo ao mercado capitalista e administrativo que se Brasil se encontrava.
1984	Movimento das Diretas.	Movimento da Reforma Sanitária.	Aumento dos espaços democráticos: criação de um sistema unificado e público de saúde.
1990	28º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cuiabá).	Criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico do Brasil.	ABEM e Conselho Federal de Medicina (CFM).
1991	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)	Avaliar o ensino médico brasileiro, criar mecanismos permanentes de avaliação das EM e propor medidas de curto, médio e longo prazos.	Articulação técnica e política a favor da reforma do ensino médico.
2001	- Aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais no setor da saúde, em especial da medicina. - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.	- Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 (Curso de Graduação em Medicina). - Construção de uma agenda política.	- O afastamento da academia da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira. - Desarticulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação. I
2002	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.	Portaria Interministerial Nº 610, 26 de março de 2002.	Incentivar as Escolas de Médica do país a adequarem seus currículos, (...) à realidade social e de saúde da população brasileira com consequência direta na melhoria da prestação dos serviços de saúde pelo SUS.

2013	Programa Mais Médicos.	Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.	Formar recursos humanos na área médica para o SUS.
2014	Carga horária mínima de 7.200 horas e prazo mínimo de 6 anos para sua integralização.	Diretriz Curricular Nacional de Medicina. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014.	Articulação: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; e Educação em Saúde.

Fonte: Elaboração da Autora (2018).

A construção do currículo do Curso de Medicina não difere do percurso dos outros cursos objetos desta pesquisa, perpassa pela mudança política, administrativa, educacional e econômica do país. Essa evolução é claramente retratada acima.

O Quadro 3 em consonância com os dois quadros anteriores, vem apresentando as mudanças na Diretriz Curricular Nacional para o Curso de Graduação em Odontologia.

Quadro 3 – Mudanças Curriculares em Odontologia no Brasil (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Ano	Alteração	Características	Fator desencadeador
1879	Marco da institucionalização do ensino da odontologia no Brasil.	Decreto 7.247, artigo 24, de 19 de abril de 1879.	Determinou que cada Faculdade de Medicina a obrigatoriedade de instituir, anexos, uma Escola de Farmácia, um Curso de Obstetrícia e Ginecologia e um de Cirurgia Dentária.
1899	Fundação da primeira Faculdade de Odontologia do estado de São Paulo.	De iniciativa privada. Incorporada à Universidade de São Paulo na década de 1930.	
1906	Criação da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas.	Voltada para a regulamentação da profissão.	Luta da categoria pelo monopólio do exercício profissional.

1911	Criação dos três primeiros cargos de cirurgião-dentista na administração pública paulista.	Lei n. 1.280, de 19 de dezembro de 1911.	Iniciar o atendimento odontológico público ao efetivo da então Força Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública.
1929	Profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior.	Órgão responsável pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado.	
1931	Fixa em três anos a duração da graduação, exigindo o curso ginásial como requisito para ingresso. Padrão mínimo do currículo odontológico.	Decreto 20.179, de 6 de julho de 1931	Era de 2 anos e marcado pela ausência de humanidade.
1932	Institui-se a Inspeção de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário.	Para “atender a população de escolares da rede pública estadual”.	A criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista.
1947	Serviço de Higiene Buco-Dentária.	Inclusão nos Centros de Saúde	Recomendada pela Secretaria de Saúde Paulista.
1952	Primeiros Programas de odontologia Sanitária	Serviço Especial de Saúde Pública - SESP	Para a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável.
1956	Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico.	Incentivada pela Campanha Nacional de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior	

1958	Associação Brasileira do Ensino em Odontologia	Marco importante para a discussão do perfil e ensino odontológico.	Por meio de convênios, viabilizaria a formação de mestres e doutores.
1960	Manual de odontologia Sanitária	Marco na teoria e na prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país, influenciando toda a América Latina.	Mudança de paradigmas na assistência bucal.
1961	Fixa o currículo mínimo do curso de odontologia.	Lei 4.024, de 1961.	
1962	Perfil do cirurgião-dentista (dentista geral, policlínico, destinado à coletividade) e estabelece o novo currículo dividindo-o nos ciclos básico e profissional, cada um com duração de dois anos.	Duração de 4 anos - Parecer 299/62 do Conselho Federal de Educação.	
1978	Estabelece 3.240 horas do currículo mínimo do curso poderiam ser cumpridas de 3 a 8 anos letivos.	Resolução N° 13 do CFE.	
1989	Lançamento do livro “Saúde bucal: odontologia social e preventiva”.	Se tornou obra de referência da área de planejamento e a programação das ações de saúde pública na área odontológica.	

2000	Inclusão no Programa de Saúde da Família da Equipe de Saúde Bucal.	Portaria N.1.444 de 28 de dezembro de 2000. MS.	
2002	Diretriz Curricular Nacional para Odontologia.	Processo formativo para as necessidades da comunidade e contextualizado com o SUS. - Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.	Formação dos cirurgiões-dentistas, tradicionalmente voltada para a Odontologia de cunho tecnicista.
2004	Política Nacional de Saúde Bucal.	Reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção.	Necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e intersetoriais.

Fonte: Elaboração da Autora (2018).

A DCN do Curso de Odontologia busca na mudança do perfil do profissional da assistência bucal para o atendimento individual e coletivo com olhar técnico e humanitário de forma efetiva.

METODOLOGIA

A Revisão de Literatura Sistematizada consiste em uma revisão planejada para responder uma pergunta específica, que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar os diferentes estudos (PRADO, BULNES e PEÑA, 2013). Portanto, permite conhecer o que é tratado sobre a temática de interesse – formação e integralidade. Trentini e Paim (1999, p.68) afirmam que “a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado”.

Para Minayo (1993) o método orienta o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A revisão da literatura em projetos deve ser consistente e reflexiva a luz de referenciais norteadores. O pesquisador deve buscar sua importância para a qualidade do projeto, da pesquisa e para os relatórios posteriores (ECHER, 2001).

As seguintes etapas foram desenvolvidas neste estudo de revisão, com consulta aos Bancos de Dados, a seguir enumeradas:

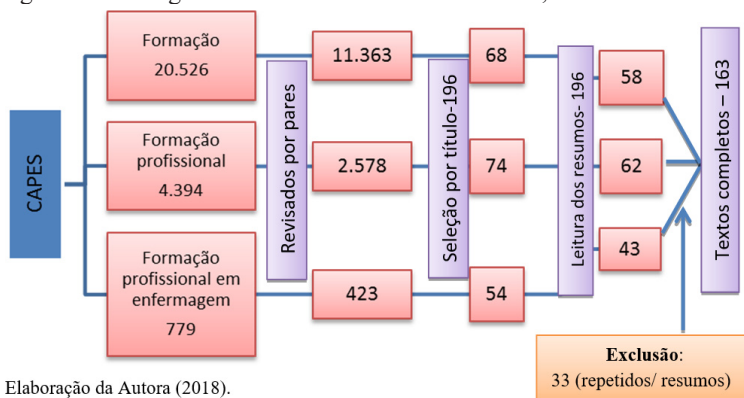
- Portal de Periódicos CAPES/MEC;
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e
- Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

O primeiro banco a ser acessado, da CAPES com a intencionalidade de se buscar um acervo macro, utilizou-se a busca simples com cada um dos descritores: formação; formação profissional e formação profissional em enfermagem. Foram selecionados e lidos 163 artigos, sendo excluídos na última fase 23 artigos que, mesmo indicando estarem depositados na íntegra, possuíam apenas o resumo para acesso livre, ainda foram excluídos dez artigos (2018) que se apresentavam em mais de uma base de dados, tendo isso ocorrido em 2016 com nove artigos. Sendo selecionados 38 artigos para o estudo (Figura 1).

No banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), em 2016, a busca se deu com os descritores interdisciplinaridade, políticas públicas e saúde, foram encontradas 66 teses, após a leitura dos resumos permaneceram oito teses. Com a utilização dos descritores interdisciplinaridade, enfermagem e egresso, foram localizadas cinco teses, destas, três permaneceram nos arquivos na atualização do referencial de 2018.

Na CAPES a busca dos artigos se fez pelos descritores formação, formação profissional e formação profissional em enfermagem, trabalhando cada um nas diferentes fases de seleção (Figura 1):

Figura 1 – Fluxograma no banco de dados da CAPES, 2000-2018.



Fonte: Elaboração da Autora (2018).

Ainda na CAPES utilizando a busca avançada com os descritores Egresso AND Enfermagem, em ambos os períodos de levantamento da revisão literária (2016 e 2018), obtivemos seis artigos. Utilizando outra busca avançada, agora com os descritores interdisciplinaridade (três artigos) e interdisciplinaridade AND saúde (27 artigos), havendo a repetição de 23 artigos dentro da busca anterior, permanecendo nesse momento quatro artigos.

Na busca na Biblioteca Virtual em Saúde, permaneceram sete artigos (Quadro 4):

Quadro 4 – Coleta de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, 2000-2018.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)		
Fases de Seleção	Busca avançada – Formação (AND) Profissional (AND) Enfermagem	Busca avançada – Egresso (AND) Enfermagem (AND) Graduação
Título/resumo/assunto	5.908	52
Título/título/assunto	301	--
Texto completo	212	22
Artigos repetidos (publicação em duas ou mais revistas)	47	5
Apenas resumo	--	4
Artigos que não abriram	5	--
Artigo não disponível	1	--
Título incompatível	22	--
Manuais	14	--
Tese	9	1
Leitura do resumo	132	22
Excluídos	128	19
Permaneceram	4	3

Fonte: Elaboração da Autora, 2018.

RESULTADOS

A coleta de dados nas bases de dados LILACS, Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, BDENF – Enfermagem, Index Psicologia – Teses, BBO – Odontologia, SCIELO, Medline/PuMed, Scopus,

Dialnet, Social Sciences Citation Index, Sociological Abstracts, Redalyc, DOAJ (Directory of Open Access Journals), Latindex, OJS (Open Journal System), proporcionou identificar 196 manuscritos. Aplicados os critérios de inclusão e de exclusão foram selecionados 56 manuscritos que doravante integram o corpus de análise deste estudo, que foram classificados (Tabela 1 – três artigos são citados em dois manuscritos).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados, segundo os meios eletrônicos, entre 2000 e 2018 (Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018).

Meios eletrônicos	Artigos selecionados
Scielo	33
DOAJ	9
PubMed	4
OJS	7
Lilacs	2
BDef	2
Latindex	1
Scopus	1
Total	59

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O quadro 5 apresenta todos os manuscritos que compõem o *corpus* de análise.

Quadro 5: Distribuição dos estudos que foram identificados na consulta às bases de dados (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Cod	Título	Autores/ Base de Dados	Idioma/ Ano	Periódico
A1	Training of adolescent multipliers from the perspective of health promotion core competencies	Silva <i>et al.</i> (Scielo)	Inglês 2018	Rev Bras Enferm
A2	Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde	Sobral <i>et al.</i> (Scielo)	Português 2018	Rev Bras Pro- moção Saúde

A3	Formación de emprendedores en enfermería: promover capacidades y aptitudes sociopolíticas	Erdmann <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2018	Enferm Global
A4	Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil	Dias <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2018	Ciência & Saúde Coletiva
A5	Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia	Emmi <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2018	Interface
A6	Program for Improvement and Revitalization of Knowledge in Nursing & Health	Silva et al (SciELO)	Inglês 2018	Interface
A7	Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents view	Araújo <i>et al.</i> (SciELO)	Inglês 2017	Interface
A8	Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia	Rocha et al. (OJS)	Português 2017	Revista da ABE-NO
A9	Formação em enfermagem e o mundo do trabalho: percepções de egressos de enfermagem	Souza <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2017	Chía
A10	Vivências de uma acadêmica de medicina em estágio realizado em uma comunidade rural	Gouveia (BDenf)	Português 2017	Rev Enferm UFPE on line
A11	Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios	Silveira e Pinheiro (SciELO)	Português 2017	História, Ciências, Saúde
A12	Scientific production of nursing about self-care: an integrative review	Tomaschewski-Barlem <i>et al.</i> (DOAJ)	Inglês 2016	Cuidado é Fundamental

A13	Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education	Vendruscolo <i>et al.</i> (SciELO)	Inglês 2016	Interface
A14	A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões	Costa (SciELO)	Português 2016	Interface
A15	Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care	Reeves (SciELO)	Inglês 2016	Interface
A16	A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores	Tavares <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2016	Ciência & Saúde Coletiva
A17	Análise da Eficiência na Atenção Primária à Saúde sob a Ótica dos Profissionais da Área	Cabral (Latindex)	Português 2016	Rev de Gestão em Sistemas de Saúde
A18	Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde	Câmara <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2016	Interface
A19	Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares	Martins e Benito (DOAJ)	Português 2016	Universitas: Ciências da Saúde
A20	Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro	Quadros e Colomé (DOAJ)	Português 2016	Rev Baiana de Enfermagem
A21	Mobilidade acadêmica internacional na formação em enfermagem: relato de experiência	Guskuma <i>et al.</i> (PubMed)	Português 2016	Rev Bras Enferm
A22	Saúde e ambiente: (in) visibilidades e (des) continuidade na formação profissional em enfermagem	Peres <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2016	Esc Anna Nery

A23	Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas	Reibnitz <i>et al.</i> (PubMed)	Português 2016	Rev Gaúcha Enferm
A24	The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions	Brehmer e Ramos (SciELO)	Inglês 2016	Interface
A25	Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review	Barbiani et al (SciELO)	Português 2016	Rev Lat-Am Enfer
A26	Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação	Moreira e Dias (DOAJ)	Português 2015	ABCS Health Sci
A27	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	Casanova <i>et al.</i> (DOAJ)	Português 2015	ABCS Health Sci
A28	Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar	Alves e Cogo (Scopus)	Português 2014	Rev Gaúcha Enferm
A29	Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família	Bispo <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2014	Interface
A30	Percepção dos Pacientes sobre Aulas Práticas de Medicina: uma Outra Ausculta	Silva Junior <i>et al.</i> (OJS)	Português 2014	Rev Brasileira de Educação Médica
A31	Construção e vivência do VER-SUS pampa: um relato de experiência	Fettermann <i>et al.</i> (Bdenf)	Português 2014	Rev Enferm UFPE on line
A32	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família	Bonaldi e Ribeiro (OJS)	Português 2014	Rev APS
A33	A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família	Scherer <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2013	Ciência & Saúde Coletiva

A34	A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família (*)	Scherer <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2013	Ciência & Saúde Coletiva
A35	Ensino da história da administração em enfermagem: estratégia de construção da linha do tempo	Neves <i>et al.</i> (DOAJ)	Português 2013	Cuidado é Fundamental
A36	Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania	Guimarães e Silva (SciELO)	Português 2013	Ciência e Saúde Coletiva
A37	Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico	Dalmolin <i>et al.</i> (DOAJ)	Português 2013	Rev Bras Enferm
A38	Internato Rural de Odontologia: Projeto Piloto	Hayassy e Moerbeck (OJS)	Português 2013	Revista Científica Multidisciplinar
A39	A interdisciplinaridade da pesquisa e da formação na Área de desenvolvimento regional	Maia e Mallmann (OJS)	Português 2012	Rev Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento
A40	Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem – 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios	Carvalho (SciELO)	Português 2012	Rev Bras Enferm
A41	Cultural humility and inter-professional education and practice: a winning combination	Alsharif (PubMed)	Inglês 2012	American Journal of Pharmaceutical Education

A42	Posturas pedagógicas adotadas no ensino de enfermagem e saúde na região Sul do Brasil	Lino <i>et al.</i> (DOAJ)	Português 2011	Rev Bras Enferm
A43	Qual sujeito para qual experiência?	Schwartz (OJS)	Português 2011	Tempus Actas Saúde Col
A44	Nursing professional education: implications of education for transpersonal care	Nunes <i>et al.</i> (SciELO)	Inglês 2010	Rev Latino-Am Enferm
A45	Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas	Silva <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2010	Texto Contexto
A46	Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Nascimento e Oliveira (SciELO)	Português 2010	O Mundo da Saúde
A47	Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo	Backes <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2010	Rev Bras Enferm
A48	Cruz Vermelha Brasileira (filial São Paulo) na imprensa (1916-1930)	Porto <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2009	Esc Anna Nery
A49	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais	Mitre <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2008	Ciência e Saúde Coletiva
A50	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais (*)	Mitre <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2008	Ciência e Saúde Coletiva
A51	Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem	Oliveira <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2007	Rev Esc Enf

A52	Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem (*)	Oliveira <i>et al.</i> (SciELO)	Português 2007	Revista da Escola Enferm
A53	Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde	Amorim e Gattás (Lilacs)	Português 2007	Revista de Medicina
A54	Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar	Saupe <i>et al.</i> (Lilacs)	Português 2005	Interface
A55	O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social	Ceccim e Feuerwerker (DOAJ)	Português 2004	Physis
A56	A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil	Galleuillos e Oliveira (SciELO)	Português 2001	Rev Esc Enf
A57	Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia	Peduzzi (PubMed)	Português 2001	Rev. Saúde Públ
A58	Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel	Schwartz (SciELO)	Português 1998	Educação & Sociedade
A59	Trabalho e valor	Schwartz (OJS)	Português 1996	Tempo e Sociedade

Fonte: Elaboração da Autora, 2018.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram a importância do tema eleito para o estudo desta revisão visto que as diretrizes para a formação do enfermeiro foram construções conjuntas e de diversas entidades.

Visando facilitar a compreensão didática desta Tese, a discussão dos dados foi realizada em três eixos: àqueles que fundamentam a identificação na literatura publicada nos últimos dezessete anos; as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem em termos da formação do enfer-

meiro e o eixo três sobre sistematizar a percepção dos acadêmicos sobre as aprendizagens propiciadas pela vivência do ERSC.

Destacam-se as contribuições do ERSC para a formação dos profissionais na perspectiva dos estudantes, que fundamentam o eixo dois desta Tese.

A prática multiprofissional pela integração de conhecimentos e assim desenvolver habilidades e competências, pode ser adquirida pela reinvenção do como se trabalha, identificando as necessidades das pessoas e do espaço onde elas vivem. Associado a isso, o cenário de aprendizagem precisa estimular e ser palco de diálogos, entre todos os protagonistas, com respeito e ética entre os envolvidos (A2, A6, A25, A30)

A formação perpassa quatro importantes segmentos: o próprio ensino, a maneira como ele gerenciado no âmbito local, a realização de estratégias e ações de saúde e como a participação da comunidade influenciando todo o processo de trabalho, devendo ser estimulada para tal, nessa consonância entre as áreas envolvidas, emerge uma interatividade sólida que pode facilitar uma prática profissional que atenda às necessidades de atenção à saúde da população, onde todos seriam corresponsáveis, com diálogo horizontalizado, tendo possibilidade maior de gerar mudanças e estimulando o compromisso dos todos os envolvidos, com planejamento de ações conjuntas e complementares, integrativas, respeitando suas especificidades e o aprendizado mútuo (A4, A14, A24, A29, A40, A50)

Um contributivo que fortalece o desenvolvimento de habilidades profissionais e que pode ser um princípio básico para apoiar o aprendizado é a possibilidade de interagir com os usuários, apoiado pela ética e respeitabilidade do profissional, essa convivência e reconhecimento das particularidades que compõem a assistência, preparam o futuro profissional para atender o cenário de atenção à saúde no cenário de atuação (A15, A27, A36).

As DCN indicam que a aprendizagem deve ter como foco a resolução de problemas e a evidência científica, o que possibilitaria a articulação entre teoria e prática; indicam também que os processos saúde-doença devem ser relacionados aos aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos; e que o aluno deve ser considerado como o sujeito do processo de aprendizagem (BRASIL, 2001; FUNDAÇÃO, 2005).

O processo ensino aprendizagem lança mão de diversas tecnologias, físicas ou digitais, o que proporciona um alcance maior de recursos para se aprender, orientar e cuidar. Comprovadamente, essas experiências tecnológicas de socializar o conhecimento e a consolidação da experi-

ência favorecem e criam novas possibilidades de formação para os profissionais de enfermagem e para todas as áreas da saúde (A1, A10, A15, A25, A44, A45).

A integralidade passa a ser concreta e possível de se alcançar, sustentada pelas demandas encontradas, o exercício da prática da assistência, a efetivação da rede de saúde, ou seja, se reconstruindo no passo a passo das mudanças da história, em suas políticas, na formação, estreitando os laços de teoria e prática, reconhecendo mais de perto o cenário que se apresenta, tanto na formação como no exercício profissional (A13, A22, A48, A53).

A prática profissional em equipe multiprofissional deveria ser incorporada durante o processo de formação, familiarizando os acadêmicos, não apenas com os aspectos pessoais, familiares e sociais do usuário, mas também com os demais profissionais e ambientes de prática, com um olhar para as ações multidisciplinares e interdisciplinares. Toda essa experimentação aproxima o acadêmico de compreender melhor a diversidade cultural, hábitos e costumes e as diferenças entre os indivíduos, nos diferentes cenários e aspectos da assistência (ALSHARIF, 2012).

O conviver entre diferentes sujeitos, apoiado pelo diálogo e preferencialmente numa visão reflexiva entre seus papéis e a importância e compromisso que todos possuem sobre a qualidade da prática de assistência que deve ser trabalhada na rede, permite compreender que os profissionais, gestores e usuários colaboram para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (A5, A16, A28, A40).

Jankevicius e Humerez (2015) relatam que no final do século XX ocorreu uma mudança muito intensa na cultura mundial, com a adoção de tecnologias avançadas, como o computador, o celular, a internet, que revolucionaram a comunicação. A informação, que era preciosa e restrita às bibliotecas na década de 1960, passa a ser facilmente acessível pela internet e o que agora se valoriza é o que fazer com a informação, utilizando as competências e habilidades que possibilitam solucionar problemas práticos do dia a dia das profissões. A ciência, a partir da segunda metade do século XX toma um impulso extraordinário, interagindo com a tecnologia, originando produtos e processos tecnológicos que permitiram um avanço extraordinário na área da saúde, com a criação de instrumentos que equipam as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que permitem manter os pacientes vivos indefinidamente; métodos para transplantes de órgãos; diagnósticos genéticos; equipamentos eletrônicos que constituem hoje a imagenologia, que revolucionou o diagnóstico das doenças.

Os referidos autores acrescentam que, se no campo da saúde a implantação do SUS foi um marco histórico e balizador das políticas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 9.394/96) serviu como referência para reorientação do sistema educacional brasileiro. Se a LDB não expressa um projeto de sociedade tão abrangente como o da Reforma Sanitária, ela sintetiza um acordo possível entre os atores sociais envolvidos em sua elaboração.

A relação entre educação e trabalho enfatizada por Oliveira (2007), está determinada no contexto político, econômico, cultural, nacional e também internacional de problemas globalizados. As profissões foram predominantemente, por muitos séculos, moldadas para atender o mercado, atendendo às demandas quantitativamente e num senso comum negativo, a do trabalhador ‘curado’ e apto para o trabalho, com uma reconfiguração de valores voltada fortemente para a economia para o bem estar do cidadão (A9, A41, A59).

Não obstante, o desenvolvimento de competências, que busca uma formação humanizada, vai além de um ensino tradicional e apenas formal, nasce a necessidade de se criar espaços de discussão e melhoria dos serviços, se passa a exigir mudanças, integração dos profissionais, dedicação e qualidade da assistência, respeitando os valores culturais e sociais, numa prática profissional humanizada e focada na integralidade da atenção à saúde (A22, A19, A35, A46, A56).

O respeito aos diferentes saberes, indispensável para a interdisciplinaridade, é algo ainda visto com timidez, como de alguém que não sabe se é realmente certo fazê-lo, como se aceitar, compreender e absorver outros saberes fosse algo que não é permitido ou que vai no sentido contrário do que é certo. O agradar a todos, ou a maioria já identificada e enraizada como a lógica correta de agir, inda representa um grande desafio, visto que a diferença dos saberes, por estigma, faz as pessoas mais ou menos inteligentes e com domínio do saber (FREIRE, 2001). O autor acrescenta que o aprender é um processo natural e prático de se educar, e que não deve existir limitações ou minimização do ser humano em seu conhecimento ou no que ele sabe.

A experimentação da vivência extramuro, representada pelos estágios curriculares, traz uma reflexão do crescimento pessoal, teórico-científico e profissional para o profissional, e contribui para um aprendizado envolto em experimentações didáticas e interrelacionais. A interdisciplinaridade se apresenta num cenário dinâmico, de diferentes complexidades

e que muda mediante o tempo e o espaço, tentando se posicionar frente ao desafio de atender a demanda (A3, A11, A18, A35, A37).

A consonância do discurso de um conhecimento crítico e ao mesmo tempo voltado ao olhar progressista, permeia a formação do professor, que precisa realizar uma abordagem técnica, permitindo que o sujeito produza seu próprio saber e saiba reconhecê-lo em igual valor, e que ambos não são contraditórios, e sim complementares, visto que na construção dos conteúdos, o próprio sujeito participa de sua prática formativa (FREIRE, 2002).

A integração compartilhada com os outros saberes profissionais – formativos – na prática e na valorização dos distintos aspectos do trabalho, respeitando as peculiaridades, numa relação de reciprocidade entre as competências técnicas e interativas entre os sujeitos, na perspectiva do respeito e ética de todos os protagonistas qualifica a formação profissional do enfermeiro (A9, A24, A36, A51, A52, A57).

Nossa vivência, associada ao processo de formação a qual fomos submetidos e de certa forma, aceitamos, nos molda e nos transforma no profissional que fomos, a qualidade da educação que transmitimos, permitindo ao sujeito ‘se educar’ e assim ‘se libertar’, deve vir entrelaçada por uma leitura antropológica, histórica e transformadora que permita ao sujeito criar sua identidade (FREIRE, 1997; BARRETO, 1998). O conhecimento é um processo de construção constante, como afirma Paulo Freire:

“É exatamente a vida, que aguçando nossa curiosidade, nos leva ao conhecimento; é o direito de todos à vida que nos faz solidários; é a opção pela vida que nos torna éticos” (FREIRE In: BARRETO, 1998, p11).

Para o aprendizado inclusivo e integrativo, o aluno precisa estar disposto a experimentação, integração e interação, se dispondo a aprender e ensinar pela experimentação e discussão efetiva das ideias. Buscando aprofundar-se nas temáticas e discussões que favorecem seu aprendizado, reconhecendo os cenários dos demais profissionais numa perspectiva interprofissional e colaborativa (A7, A11, A33, A49).

Atendendo ao próprio caráter generalista e de atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das DCN a formação dos profissionais deve estimular e manter a qualidade do serviço e do cuidado, discutindo as mudanças dentro da ótica coletiva e (re)avaliando suas inserções pedagógico-didáticas.

O aprendizado é um movimento de mudança, interativo, construindo e reconstruindo práticas em saúde, assim como na própria educação, em um planejamento formativo interprofissional na busca de resolutividade para as demandas, por meio de um amadurecimento, independência e maturidade profissional, em um processo reflexivo e constante, em uma retroalimentação do conhecimento (A15, A18, A20, A23, A29, A47).

A integralidade precisa sobre tudo, ser com a equipe que assisti para a comunhão do planejamento e estratégias de ação voltada para um único objetivo. Há experiências de internatos rurais com acadêmicos de outros cursos e até o fazem juntos, favorecendo o reconhecimento entre suas profissões e competências, porém ainda são poucas as experiências coletivas e multidisciplinares.

CONCLUSÃO

O exercício de conhecer o que tem sido publicado sobre a formação profissional do enfermeiro permite perceber que os fundamentos do processo ensino aprendizagem se modificam constantemente, acompanhando os avanços sociais, econômicos e políticos da sociedade.

É possível identificar um movimento permanente de busca pela “melhor formação”, buscando identificar e desenvolver a formação que atenda às necessidades de atenção à saúde da população e permita alcançar um processo de viver saudável que sempre almejamos.

Quanto às limitações desta pesquisa, pontua-se o fato da discussão das DCN nas demais áreas da saúde. A medicina busca com mais frequência uma prática uniprofissional junto à comunidade e não em equipe multiprofissional. Não se pode deixar de considerar a importância dessa ação, mas ainda não há o olhar do compartilhamento e integração dos profissionais, distanciando-se da proposta da integralidade do cuidado.

A odontologia consegue desenvolver ações compartilhadas sem obstáculos, porém percebe-se que há uma forte necessidade de tais ações serem levadas até eles, a iniciativa e o pensamento dessa integralidade não é uma realidade no discurso de formação acadêmica.

Referências

ALSHARIF, NZ. Cultural humility and interprofessional education and practice: a winning combination. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 2012; 76(7):1-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448458/pdf/ajpe767120.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. Vera Barreto. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

BRASIL, MS. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n.4, de 7 de novembro de 2001**. Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

CARVALHO, V. Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem – 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2012, mar-abr; 65(2):207-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a02.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2018.

DANTAS, LLFS. **Mudanças curriculares na formação em odontologia no Brasil: realidade ou intenção?** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza, 2013.

DECRETO Nº 20.109, de 15 de Junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Rio de Janeiro, 15 de junho de 1931, 110º da Independência e 43º da República. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacao-original-83805-pe.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

DECRETO Nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 1/2/1924, Página 3199 (Publicação Original). Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

ECHER, IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.5-20, jul, 2001.

FREIRE, P. 1921-1997. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** Paulo Freire. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. (Coleção Leitura).

FREIRE, P. 1921-1997. **Política e educação: ensaios.** Paulo Freire. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2001. (Coleção Questões de Nossa Época; v.23).

FREIRE, P. **Professora sim, tia não.** Cartas a quem ousa ensinar. Editora Olho d'Água. São Paulo. 1997.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. Educação à Distância. **Curso de Especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde.** Cad. Especializando. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2018.

JANKEVICIUS, JV e HUMEREZ, DC. **Conceitos Básicos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação da Área de Saúde.** 2015.

LEI Nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Rio de Janeiro, 6 de agosto de 1949; 128º da Independência e 61º da República. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

LEI Nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/1/1920, Página 437 (Publicação Original). Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacao-original-93627-pl.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

MALTAGLIATI, LÁ e GOLDENBERG, P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1329-1340, out.-dez. 2007.

MARTINS, DF e BENITO, L. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez.2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810/3274>. Acesso em: 28 de out de 2018.

NARVAI, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n. esp., p.141-7, ago. 2006.

NEVES, ALD; DRAGANOV, PB e SANNA, MC. Ensino da história da administração em enfermagem: estratégia de construção da linha do tempo. **J Fundam Care Online**, 2013. jul./set. 6(3):1068-1077.

OLIVEIRA, MAC; VERÍSSIMO, MLOR; PÜSCHEL, VA e RIESCO, MLG. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Revista da Escola Enferm. USP** 2007,41 (Esp):820-5. Disponível em: www.ee.usp.br/reusp/. Acesso em: 23 de ago de 2016.

PAVAN, MV; SENGER, MH e MARQUES, W. Determinantes externos e internos da reforma curricular do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. 2017;19(3):127-32. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/32016>. Acesso em: 28 de out de 2018.

PICCINI, RX; FACCHINI, LA e SANTOS RC. Transformando a educação médica brasileira: Projeto CINAEM: III Fase. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1998.

PORTO, F; CAMPOS, PFS e OGUISSO, T. Cruz Vermelha Brasileira (filial São Paulo) na imprensa (1916-1930). **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009, jul-set; 13 (3): 492-99. Disponível em: revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=451. Acesso em: 28 de out de 2018.

SILVA, MG; FERNANDES, JD; TEIXEIRA, GAS e SILVA, RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 176-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo teremos como referenciais as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em enfermagem (DCN) e interdisciplinaridade.

Com o crescimento das atividades de Ensino Superior na década de 1960, com mais de 100 Instituições de Ensino Superior (IES) no país, surgiu a necessidade de se estabelecer critérios para o Poder Público assegurar a equivalência entre os vários cursos superiores que estavam sendo criados (JANKEVICIUS E HUMEREZ, 2015). Para isto foi promulgada a Lei Nº 4.024/1961 (Lei 4.024,1961), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que estabeleceu em seu Artigo 66º que “O ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário”.

Diante do salto evolutivo da ciência e da tecnologia, o cuidado com essa mudança na educação não poderia ser negligenciado. Tais mudanças vieram com o cuidado da aproximação com a área de educação, e como reflexo, direto ou não, na formação profissional. Porém, o livre e fácil acesso não oportunizou apenas a qualificação para o saber e para o aprendizado, trouxe também conteúdos de pouco ou nenhum aproveitamento, chegando até, em determinados momentos, a influenciar de forma negativa ou mesmo perniciosa, a formação com qualidade e competência.

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que estabelece em seu Artigo 5º que “todos são iguais perante a lei e ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”, estabelece uma regra basilar de atender apenas ao que a lei exigir. Isto fica claro no item... “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. A Constituição estabelece as competências da União para legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional (Art. 22) e do Sistema Único de Saúde (SUS)... “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação em sua área de atuação” (Art. 200).

Cabe o cuidado de acompanhar as nuances não apenas de novas profissões, mas de seus códigos de deontologia, leis, regulamentos e resoluções, observando que todas as possuem e são pautadas do direito e ética ao ser humano, devendo tais profissões ainda, seguir as propostas lançadas pelos órgãos de competência e apreciadas por uma reflexão coletiva

entre os pares e grupos de interesse, comprometida com a excelência do atendimento.

O Ministério da Saúde seguindo a Resolução CNE/CES Nº 3/2001, que estabelece as Diretrizes Nacionais para os cursos de Graduação, recomenda que a formação profissional atenda às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista e reflexiva. Destaca a importância de que o profissional atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

A relação entre educação e trabalho enfatizada por Oliveira (2007), está determinada no contexto político, econômico, cultural, nacional e também internacional de problemas globalizados.

Na perspectiva de se atender ao que se é preconizado pelo MS, muitas instituições públicas e privadas, ainda tem dificuldade em se adequar ao que a lei exige, existindo ainda, as que resistem nessas mudanças em virtude de gerar ônus. Na busca da formação para o atendimento às novas tendências que emergem, corre-se o risco de não se alcançar o perfil 'ideal' de profissional, pois o tecnicismo é imensamente trabalhado como um fator primordial para a formação de um profissional da saúde com competências para atender às necessidades de atenção à saúde da população, deixando de se trabalhar o ser na sua integralidade.

A discussão sobre a regulação da formação dos profissionais de saúde estivera presente de diversas formas no Brasil desde 1930 (PEREIRA, 2013; REZENDE, 2013), mas ganhou força na década de 1990, chegando às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Nas Conferências Nacionais de Saúde, os temas relacionados a essas aparecem de forma desigual em seus relatórios (PEREIRA, 2013). Após a promulgação das DCN, políticas públicas específicas à formação em saúde e relacionadas ao novo modelo começaram a ser implantadas. A partir desse contexto, a formação em saúde deixou de ser um tema marginal no Ministério da Saúde (MOREIRA E DIAS, 2015).

Os referidos autores acrescentam que, se no campo da saúde a implantação do SUS foi um marco histórico e balizador das políticas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 9.394/96) serviu como referência para reorientação do sistema educacional brasileiro. Se a LDB não expressa um projeto de sociedade tão abrangente como o da Reforma Sa-

nitária, ela sintetiza um acordo possível entre os atores sociais envolvidos em sua elaboração.

Dentre as competências gerais para a formação dos profissionais (art. 4º), podemos destacar como parte de uma nova perspectiva de atenção à saúde a de estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2001).

A Resolução CNE/CES de 03 de 2001, ainda acrescenta a importância da formação voltada ao modelo de atenção que prioriza o trabalho em equipe multiprofissional.

A integralização da assistência visando atender essas necessidades, tanto individual como coletivamente, exige do profissional um preparo para compreender e identificar as fragilidades que o ser humano apresenta, momentânea ou permanentemente, e ainda buscando em conjunto com outros profissionais, uma resolutividade objetiva e eficaz.

No art. 6º, as DCN incluem os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, no nível individual e coletivo, do processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

As DCN indicam que a aprendizagem deve ter como foco a resolução de problemas e a evidência científica, o que possibilitaria a articulação entre teoria e prática; indicam também que os processos saúde-doença devem ser relacionados aos aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos; e que o aluno deve ser considerado como o sujeito do processo de aprendizagem (FUNDAÇÃO, 2005; FEUERWERKER, COSTA e RANGEL, 2000).

Nessa premissa, pensa-se que a construção de Projetos Pedagógicos de cursos na área da saúde precisaria prever, em determinados momentos, a interação com outros profissionais e acadêmicos de outros cursos. O reconhecimento do que o 'outro' é capaz de realizar enquanto ação positiva e coletiva em prol da saúde do cidadão e da comunidade favorece uma formação mais humanística e reflexiva. Ao se deparar com as potencialidades e fragilidades que o outro profissional enfrenta, o acadêmico pode perceber que as ações conjuntas podem alcançar um nível maior de efetividade.

Cabe ao formador - instituição e profissional - oportunizar vivências e experiências para uma formação 'compartilhada', com um aprendizado, não apenas para ele e de caráter momentâneo, mas para ações

futuras na busca da qualidade de saúde das pessoas. Nessa premissa, a integralidade das ideias, planejamentos e ações vindas de diferentes profissionais e que refletem interesses comuns, tem a tendência de se concretizarem mais fortemente junto ao público desejado. E o surgimento dessa proposta, não é recente.

Na concretude legal, destaca-se ainda a Lei nº 11.788 de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes e que define

no seu art. 1º que o Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Complementando ainda que no § 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando, e no § 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (NOVA CARTILHA, 2010, p.7).

As competências que se deseja trabalhar para a formação do estudante são melhores desenvolvidas e visualizadas uma vez que o indivíduo se percebe dentro das situações práticas, tendo oportunidade de discernir quais as necessidades de aprendizagem que precisam ser abordadas e ao mesmo tempo quais as fragilidades que os serviços apresentam e confrontá-los com o que é ensinado na universidade, oportunizando assim, um possível crescimento pessoal, profissional e do coletivo enquanto formação.

Surgimento e Aplicação da Interdisciplinaridade

Na Europa, a partir da década de 1960, com o objetivo de lutar contra o rompimento da fragmentação no ensino, surge o movimento de promoção da interdisciplinaridade, o que no Brasil só ocorre ao final da mesma década (FAZENDA, 2006). A interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo

projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações (AMORIM, 2007).

Segundo Japiassú (1976), “a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa...”.

Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (SCHERER, 2011).

Do contrário, ações sem diálogo e sem relações de complementariedade acabam por distanciar as experiências. Tais características contribuem para uma assistência de saúde fragmentada, com equipes que não se comunicam e não priorizam saberes e ações educativas de âmbitos de produção de cuidado, como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que podem contribuir para a humanização do cuidado (PEDUZZI, 2001).

A interdisciplinaridade se apresentou como um processo complexo em função da multiplicidade de recursos necessários para a sua efetivação. Recursos estes entendidos como tudo aquilo que precisa ser mobilizado para que o empreendimento interdisciplinar se efetive, incluindo, entre outros, saberes das mais diversas origens, ambiente favorável, projeto compartilhado e atitude dos sujeitos (Di RUZZA, 2003; SCHERER, 2011).

O trabalho em saúde é marcado, fundamentalmente, por algumas características: atende a necessidades complexas e variáveis; não pode ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos; os profissionais precisam de autonomia; é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores; os médicos direcionam o processo assistencial; há dependência do ambiente sociopolítico; parte da força de trabalho é precarizada e o cenário é de disputa entre atores com diversos interesses, o que demanda um processo de negociação permanente (SCHERER *et al.*, 2013).

No contexto de complexidade da atenção primária em saúde, onde vários saberes e práticas são requeridos para enfrentar problemas, nem sempre “tipicamente de saúde”, as dramáticas se intensificam e torna-se um desafio agir com competência (SCHWARTZ, 1998).

Saupe *et al.* (2005) afirmam que a prática interdisciplinar é dinâmica e processual e que não é vivida da mesma maneira pelos profissionais. Segundo os mesmos, “nem todos os momentos vividos numa Unidade

de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe”. Afirma, ainda, que a literatura também registra que a interdisciplinaridade “se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades”.

Toda situação de trabalho supõe, no uso dramático de si, experiências, “arbitragens, ponderações, critérios, portanto engajamento” (SCHWARTZ, 1996), mais ou menos conscientes, construídos ao longo de um processo de renormalizações que se transformam em patrimônio não só para o trabalho, mas para a vida dos sujeitos. Segundo Schwartz, nosso “corpo-si”, durante a vida, é colocado à prova, se historiciza através dos entrecruzamentos de normas e valores e cada renormalização é um momento de escolha, de ressingularização de nós mesmos e que possibilita o enfrentamento do meio hostil (SCHWARTZ, 2011).

Como mencionado anteriormente, a integração dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia trouxe uma proposta inovadora e cheia de desafios, tanto para seus idealizadores, como para a gestão. Desde a sua criação, existe uma resistência em se aplicar essa interação, impelida por docentes e profissionais da medicina, alegando que a formação com ‘qualidade’ é seriamente comprometida quando se tem que ensinar junto a outros cursos.

Cabe destacar, que apenas colocar os acadêmicos juntos em uma mesma sala de aula, por si só, não imprime essa interação, é necessário que esse cenário seja apresentado e trabalhado pelos professores e por todos que compõem a universidade e seus ambientes de práticas de ensino-aprendizagem. A interdisciplinaridade começa desde a percepção do que o outro é capaz de fazer e perpassa pela consolidação das ações conjuntas. Nenhuma área perde sua lógica ou razão de ser, ao contrário, há a possibilidade da concretude de ações maiores e melhor formuladas a partir da ótica do coletivo. O dimensionamento das atividades tem um alcance em patamares de efetivação e resolutividade maiores e mais abrangentes, sem perder sua origem ou caracterização perante a sociedade.

A formação em saúde em uma análise macro, ainda é fortemente voltada para a evolução no tratamento e cura de doenças, e mesmo hoje tendo um discurso mais enfático para abordagens mais participativas no processo educacional, a formação continua sem atender às reais necessidades do indivíduo, constatado por inúmeros registros de desagrado junto ao serviço prestado (TSUJI e SILVA, 2010).

Não se deve esquecer que há algum tempo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vem propondo um currículo integrado, baseando-se por competência profissional, e lançando mão de estratégias de ensino-aprendizagem participativas e focadas no estudante (BRASIL, 2001 e 2014).

A percepção que a integralidade das ações, que se iniciou por meio de pensamentos e ideias que buscavam o bem estar e bom atendimento ao usuário, como reflexo da qualidade do serviço e ampliação o cuidado (BRASIL, 1990; CECCIM, 2004).

Trabalhar em prol de se romper o processo saúde-doença, por meio da percepção dos fatores sociais, ambientais e emocionais que fazem parte da interação individual (pessoa, família e comunidade) possibilita compreender a integralidade de forma mais detalhada e em toda sua extensão (TAROCO *et al.*, 2017).

A relação das profissões em um trabalho conjunto e compartilhado requer uma boa vontade do profissional em aprender com o outro e sobre ele. Esse entrosamento favorece um planejamento que atenda de forma mais positiva e abrangente as demandas que existem no local de atuação, trabalhando as características singulares e gerais de cada profissional, desenvolvendo entre eles práticas específicas e globais de cada área de competência (NUTO *et al.*, 2017).

Como base para essa proposta há de se pensar que é preciso lançar mão de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de práticas participativas, de ambas as partes, de quem se propõe a ensinar e para quem ela direcionada. Comumente hoje, a aprendizagem por ação da metodologia ativa é amplamente absorvida, o que torna, de maneira prática, o ensino-aprendizagem no sentido de ir e vir, onde todos estão em processo de desenvolvimento integrado (MITRE *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado por Câmara *et al.* (2015) com estudantes de 14 cursos de graduação e egressos do PET-Saúde da UFMG sobre eles estarem dispostos a uma abordagem de aprendizado interprofissional, apontando para uma alta adesão a essa estratégia de formação.

A OMS (2010) destaca o quanto a integralidade dos profissionais, e consequentemente, uma prática colaborativa, desde a formação do indivíduo na academia, o torna mais aberto a essa incorporação na prática profissional, sendo até um gerador de processo.

Não obstante a essa investida na melhoria da qualificação do processo educacional e de ensino-aprendizagem, ainda há uma grande resistência na incorporação dessa ideia, surgindo dos diferentes interessados:

instituições, docentes, acadêmicos, gestores e até de usuários. Gerada pelos mais diversos motivos, abordagens metodológicas que, de qualquer forma, ti impulsionam a uma nova leitura do modo de ensinar e de aprender, busca por qualificação didático-metodológica, abertura de espaços de diálogos, mudanças de comportamentos, entre outros (OLSON e BIALO-CERKOWSKI, 2014).

Para a aplicabilidade dessa prática não se pode deixar de lado que, é preciso vir acompanhado de uma fundamentação teórica, respeito aos diferentes saberes, autonomia e espaços de cada profissão e diálogo horizontal entre todos os sujeitos do processo (LEÃO *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa Estudo de Caso, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, desenvolvida na ESA/UEA tendo como participantes os discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia que haviam cursado a disciplina de Estágio Rural em Saúde Coletiva.

O Caso

O Estágio Rural em Saúde Coletiva (ERSC) da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA/UEA) trata-se de uma disciplina obrigatória das matrizes curriculares dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, identificadas em cada curso respectivamente: Estágio Curricular Rural, Estágio em Medicina Comunitária e Estágio III-extramuro. A dinâmica das ações se consolida no deslocamento dos discentes para os municípios do interior do Estado do Amazonas, sob supervisão para realizarem atividades pedagógicas e práticas no campo da atenção básica à saúde (ERSC, 2013).

As turmas do ERSC que compuseram o estudo (4ª turma 2017, 2018-1 e 2018-2) realizaram seu ERSC em diferentes municípios do estado do Amazonas, apresentados no Quadro 6:

Quadro 6: Distribuição dos municípios onde foram realizados os Estágios Rurais de Saúde Coletiva nos semestres de 2017-2 e 2018-1 (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Município	Localização
Barcelos	De acordo com o IBGE em 2016, é a cidade, aspectos territoriais, a maior do estado do Amazonas, com uma área de aproximadamente 122.450.769 km ² e faz parte da lista dos maiores municípios do mundo em extensão territorial. Segundo o IBGE 2018, a população é de 27.743 hab. Para chegar até Barcelos existem duas vias principais de acesso: fluvial (32 horas: barco de linha ou 12h: lancha a jato) e aéreo (1 hora). O município conta com um aeroporto, para aviões de pequeno e médio porte. A distância até Manaus é de 405 quilômetros se o acesso for transporte aéreo e de 656 quilômetros se for por via fluvial. O índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,50, classificado como baixo desenvolvimento humano.

Barreirinha	Barreirinha está distante 372 km da capital Manaus, ao norte do município de Parintins e ao leste do estado do Pará, seu acesso pode ser por meio fluvial (aproximadamente 24 minutos) e terrestre (4 dias e 5h), tendo uma área total de 5.751,765 km. De acordo com o IBGE, estima-se que a população geral seja de 31.593 pessoas no ano de 2018.
Borba	Distante da capital do estado a 215 km via fluvial e 150 km em linha reta. Acesso fluvial (6h e 30 minutos) e aéreo (aproximadamente 30 minutos de voo). Possui uma área geográfica de 44.452,60 km. Segundo a Lei Orgânica Municipal vigente, Borba divide-se em 03 distritos e 220 comunidades. A população atual do município é 40.464 habitantes contando com três povos indígenas: Mura, Mundurukú e Saterê-Mawé.
Manacapuru	Localizado na Região Metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas. Acesso terrestre (1h e 30 minutos) e aéreo (6 minutos). É a quarta cidade mais populosa do estado com 96.236 habitantes, segundo estimativas do IBGE de 2018. O município se estende por 7 330,1 km ² . A densidade demográfica é de 11,6 habitantes por km ² no território do município. Manacapuru se situa a 71 km a Sul-Oeste de Manaus. O IDH é de 0,614, sendo considerando inferior à média nacional e médio.
Novo Airão	Se estende por 37.771,3 Km ² e conta com 18.974 hab. censo de 2018. A sua densidade demográfica é de 0,39 hab/km ² no território do município. Novo Airão está localizada à margem direita do Rio Negro, a uma distância de Manaus de 115 Km em linha reta (terrestre 2 h e 48 minutos) e 143 Km por via fluvial (8 horas). A mortalidade infantil, que é mortalidade de crianças com menos de um ano de idade, no município passou de 47,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 21,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. O IDHM - Novo Airão é 0,570, em 2010.
Parintins	Possui uma área territorial de 5.952,333 km ² . Em 2018, a população do município era de 113.168 habitantes, com densidade demográfica de 17, 14 habitantes/Km ² . Parintins está distante 369 km a leste da capital do Estado. A viagem de lancha, de Parintins a Manaus dura cerca de 8 a 10 horas, subindo o Rio Amazonas (contra em média 22 a 24 horas de barco), e de Manaus a Parintins dura cerca de 6 a 8 horas, descendo o Rio Amazonas (contra em média 16 a 18 horas de barco). Transporte aéreo 1 hora e 15 minutos..

Rio Preto da Eva	Distante 80 km da capital do Amazonas através da rodovia estadual AM 010, com tempo de percurso de 1 h e 30 minutos. Apresenta uma densidade demográfica de 4,42 hab./km ² , ultrapassando a média observada na região norte do Brasil: 2,66 hab./km ² . Teve uma população de 2018 de 32.577 habitantes. IDH-M de 0,611 em 2010.
São Gabriel da Cachoeira	São Gabriel da Cachoeira fica localizado no extremo noroeste do Brasil, estado do Amazonas. Faz parte da microrregião do Rio Negro, distando 850 km da capital Manaus. É uma cidade estratégica para o país por ser zona de fronteira com Colômbia e Venezuela, logo, é classificada como área de segurança nacional. O Censo do IBGE, de 2018, aponta 44.816 hab. O município é o de maior população indígena do país, cerca de 74%. Com aspectos sociais e culturais diferenciados, uma vez que o município concentra 22 etnias diferentes. O município possui 20 línguas faladas em todo seu território, sendo 3 oficiais, além do português (Nheengatu, Tukano e Baniwa). A cidade possui um IDH de 0,609 de acordo com o IBGE de 2010, que é considerado médio de acordo com a escala do IDH. Deslocamento: avião (2 horas, partindo de Manaus, barco: pelo Rio Negro, entre 3 a 4 dias de viagem, partindo de Manaus.
Tabatinga	Situado a 1.105 km da cidade de Manaus, localizado a margem esquerda do Rio Solimões fazendo fronteira com a Colômbia. O acesso ao município se dá por duas maneiras: via aérea (1.105 km distância em linha reta) ou fluvial (1.607 km distância em via fluvial), sendo que ao vir de barco o passageiro demora cerca de 7 dias para chegar ao município, e ao retornar para a capital apenas 3 dias, via aérea dura 1 hora e 50 min aproximadamente. Sua extensão territorial é de 3.266,062 km ² , com população estimada do município é de 64.488 hab. em 2016.
Tefé	A cidade está a oeste de Manaus, distando 633 km por via fluvial (36 horas). O município se estende por 23.704,5 km ² e conta com 61.453 habitantes Censo 2014. A densidade demográfica é de 2,6 habitantes por km ² no território do município. Possui uma população de 61.453 habitantes, sendo estes habitantes predominantemente residentes da zona urbana. O acesso também pode ser aéreo, com capacidade para receber aeronaves de grande, médio e pequeno porte (1h e 10 minutos).

Fonte: Dados IBGE – Censo 2010, 2014 e 2018.

Como proposta o ERSC se apresenta para atuar na interdisciplinaridade e multidisciplinaridade das ações conjuntas dos discentes concluintes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia nos diferentes municípios do interior do Amazonas, desenvolvendo atividades complementares nas localidades, inovando em estratégias positivas e auxiliando na resolutividade e minimizando as demandas locais existentes, incentivando a participação social de forma ativa e transformadora de si mesma (ERSC, 2013).

Os discentes aptos a realizarem Estágio Curricular Rural em Saúde Coletiva em municípios do Interior do Estado do Amazonas, recebem uma bolsa para ajuda de custo durante sua permanência durante o período de duração do ERSC (RESOLUÇÃO 031/2011-CONSUNIV-UEA) e assim podendo se subsidiar no município. No termo de Convênio entre o município e a UEA, no Capítulo I – Credenciamento dos municípios, entre as obrigações do município, garantir alojamento para os acadêmicos (parágrafo III), entre outros deveres (ERSC, 2013).

Ainda contemplado no Regulamento do ERSC (2013), compete a Coordenação do Estágio Rural em saúde Coletiva da ESA/UEA (Art. 3º):

I. Elaborar o plano de ensino do ERSC para o semestre letivo, obedecendo ao calendário acadêmico, e encaminhá-lo aos coordenadores de curso da ESA/UEA para análise, aprovação e encaminhamentos;

II. Identificar e selecionar os municípios para campo de estágio de acordo com as necessidades e quantidade de alunos matriculados, observando os critérios estabelecidos no Art 1º deste capítulo, e encaminhar à Coordenação de Programas Acadêmicos da Pró-Reitoria de Ensino e Graduação.

O ERSC possui carga horária de 360 (trezentas e sessenta) horas, sendo realizada em Unidades Básicas de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas, preferencialmente onde a UEA tenha sede administrativa. É inserido como um componente curricular obrigatório da matriz de cada curso (PPC ENFERMAGEM, 2016; PPC MEDICINA, 2016, PPC ODONTOLOGIA, 2016).

O ERSC compreende três etapas distintas e complementares: a primeira fase é preparatória, na qual são revisados e debatidos alguns con-

ceitos, conteúdos e relatos de experiências vivenciadas por professores, profissionais recém-formados e alunos que efetivamente participaram das experiências do ERSC. A segunda etapa é representada pelo Estágio Rural em campo, no qual o aluno se desloca para um município do estado do Amazonas e lá permanece, sob supervisão direta de um preceptor local. A terceira etapa é referente ao período avaliativo, no qual o discente retorna a ESA/UEA e apresenta o relatório das atividades desenvolvidas no interior do Estado. Realiza-se uma apresentação de cada grupo sobre as atividades desenvolvidas em cada município, com a entrega de um Relatório Técnico para a coordenação do ERSC, para finalização e consolidação das notas e da própria disciplina (ERSC, 2013).

As turmas são acompanhadas por profissionais preceptores, selecionados de cada município por meio do Programa de Tutoria da UEA (Resolução N.63/2013-CONSUNIV/UEA), mediante processo seletivo para Bolsista Tutor a ser analisado pela Comissão de Seleção, Acompanhamento e Avaliação do Programa de Tutoria do Estágio Rural em Saúde Coletiva – ERSC/ESA/UEA. O período de vigência da bolsa é de 1 ano, podendo ou não ser renovada (RESOLUÇÃO, 2013).

A responsabilidade da Coordenação do ERSC (Parágrafo I ao XIV) aponta para a abrangência do compromisso que não apenas ela mesma tem com esses acadêmicos e com a proposta da UEA, mas que é também dos docentes, coordenações dos cursos, preceptores locais e gestores, para que as ações não sejam apenas pontuais, mas que reflitam na qualidade da saúde da população, como na formatação positiva, técnica e humanitária desses acadêmicos-profissionais da saúde (ERSC, 2013).

A amostra foi constituída por discentes do sexo masculino (58%) e do sexo feminino (42%). Representativamente de cada curso, 58% são do curso de medicina, 24% do curso de odontologia e 18% do curso de enfermagem. Na totalidade da amostra 80% são solteiros, 16% são casados e 6% identificaram ‘outro’ como tipo de estado civil.

Foram incluídos os discentes que estavam presentes na semana de apresentação do Relatório Final do ERSC (programa planejado para três dias) e aceitaram participar da pesquisa.

Participantes

Foram incluídos na amostra 59 discentes, dos quais 50 aceitaram participar da pesquisa. Os entrevistados cursaram a disciplina Estágio Rural em Saúde Coletiva nos semestres de 2017-2 e 2018-1 e foram contata-

dos através de convite pessoal realizado pela pesquisadora. Recusaram-se a participar da pesquisa 9 discentes, todos justificaram a falta de tempo para a entrevista.

Exclusão

Foram excluídos da amostra 11 discentes, por terem realizado o ERSC em Manaus: a) 2018-1: discentes (1 de enfermagem, 2 de odontologia e 3 de medicina): 3 em tratamento médico em Manaus; 1 lactante; 1 com filho menor de 2 anos e 1 com a esposa em fase terminal); b) 2018-2: 2 discentes (1 de enfermagem e 1 de medicina): 1 em tratamento médico em Manaus e 1 grávida); c) 4ª turma 2017: 3 discentes (3 de medicina): 2 com filhos menores de 2 anos e 1 cuidador e único responsável por familiar doente em Manaus. Todas essas situações estão contempladas no Regulamento do ERSC, sendo protocolado o pedido, encaminhado a reunião de disciplina e submetido previamente à aprovação dos docentes da disciplina para parecer deliberativo.

Cenário da Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências da ESA/UEA, por meio de entrevista semiestruturada, no período de maio a junho de 2018, por ocasião das apresentações dos relatórios finais do ERSC pelos discentes. Os registros das entrevistas de cada participante foram identificados pela letra E (entrevistados) e com um número cardinal e em ordem crescente.

Também foram utilizados para a composição dos dados, o cronograma de viagens das turmas do ERSC 4ª turma 2017, 2018-1 e 2018-2; a planilha da divisão dos grupos de cada município; os Relatórios Técnicos de Atividades de cada localização por município e os Projetos construídos pelos grupos em cada ERSC, todos apresentados ao final da disciplina como parte da composição final da nota de avaliação no semestre.

Procedimentos de análise

As entrevistas foram submetidas à análise temática categorial, proposta por Bardin (2010). A estruturação seguiu três segmentos cronológicos: o primeiro é a pré-análise (organização dos dados), onde se fez leituras ordenadas dos relatos das entrevistas com os acadêmicos de

Enfermagem, Medicina e Odontologia e se determinou as unidades de análise. Depois, a exploração do material, consistiu-se na composição dos temas na busca dos núcleos de sentido. Por último, para a interpretação dos resultados, buscou-se entrelaçar as relações com o referencial teórico. Os dados foram dispostos em planilhas dos Programas Word e Excel, criando tabelas e gráficos.

Inicialmente as entrevistas foram identificadas de E1 a E50, colocadas paralelamente em compatibilidade de cada questão para todos os entrevistados, para se trabalhar as unidades de registro (UR), em seguida pela unidade de segmentação ou de recorte escolhida, se fez a divisão do conjunto do texto para análise. Essas unidades foram construídas partindo-se da definição de uma palavra e/ou uma frase do texto sobre o objeto em estudo, fazendo-se isso com todas as respostas dos estudantes. Ao final desta fase, foram geradas as unidades de significância (US), que foram as unidades de compreensão da unidade de registro e que correspondem a segmentação da mensagem cujas dimensões são superiores aquelas da unidade de registro, permitindo compreender a significação das ideias expressas pelos entrevistados. (OLIVEIRA, 2008).

Questões Éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas. Todos os indivíduos envolvidos no estudo aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, garantindo-lhes sigilo das informações e anonimato. A coleta de dados se deu após aprovação do projeto pelo CEP da Universidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP-UEA) com o CAAE: 81299317.8.0000.5016.

RESULTADOS

Atendendo aos requisitos do Programa de Pós-Graduação, Instrução Normativa nº 01/PEN/2016, os resultados deste estudo são apresentados na forma de manuscritos. O primeiro manuscrito abordou o estado da arte em relação à formação profissional do enfermeiro, por meio de uma revisão de literatura; o segundo manuscrito trata de apresentar as principais características da disciplina de Estágio Rural em Saúde Coletiva (ERSC) e o terceiro descreve as contribuições do ERSC para a formação profissional de enfermeiros, médicos e dentistas. Na sequência apresentamos os manuscritos 2 e 3, o primeiro foi desenvolvido no item de revisão da literatura.

MANUSCRITO 2

Manuscrito 2 - Aprendizado interdisciplinar: Enfermagem, Medicina e Odontologia no estágio rural no Amazonas, Brasil.

Introdução

Na Europa, a partir da década de 1960, com o objetivo de lutar contra o rompimento da fragmentação no ensino, surge o movimento de promoção da interdisciplinaridade, o que no Brasil só ocorre ao final da mesma década (FAZENDA, 2006). A interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, por meio de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações (AMORIM, 2007).

Segundo Japiassú (1976), “a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa...”.

Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (SCHERER, 2011).

Do contrário, ações sem diálogo e sem relações de complementariedade acabam por distanciar as experiências. Tais características contribuem para uma assistência de saúde fragmentada, com equipes que não se comunicam e não priorizam saberes e ações educativas de âmbitos de

produção de cuidado, como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que podem contribuir para a humanização do cuidado (PEDUZZI, 2001).

A interdisciplinaridade se apresentou como um processo complexo em função da multiplicidade de recursos necessários para a sua efetivação. Recursos estes entendidos como tudo aquilo que precisa ser mobilizado para que o empreendimento interdisciplinar se efetive, incluindo, entre outros, saberes diversificados, ambiente favorável, projeto compartilhado e atitude dos sujeitos (Di RUZZA, 2003; SCHERER, 2011).

O trabalho em saúde apresenta algumas características fundamentais: atende a necessidades complexas e variáveis; não pode ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos; os profissionais precisam de autonomia; é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores da área da saúde; os médicos direcionam o processo assistencial; há dependência do ambiente sociopolítico; parte da força de trabalho é precarizada e o cenário é de disputa entre atores com diversos interesses e práticas, o que demanda um processo de negociação permanente (SCHERER *et al.*, 2013).

No contexto de complexidade da Atenção Primária em Saúde, onde vários saberes e práticas são requeridos para enfrentar problemas, nem sempre “tipicamente de saúde”, as dramáticas se intensificam e torna-se um desafio agir com competência (SCHWARTZ, 1998).

Saue *et al.* (2005) afirmam que a prática interdisciplinar é dinâmica e processual e que não é vivida da mesma maneira pelos profissionais. Segundo os mesmos, “nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe”. Afirma, ainda, que a literatura também registra que a interdisciplinaridade “se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades”.

Toda situação de trabalho supõe, no uso dramático de si, experiências, “arbitragens, ponderações, critérios, portanto engajamento” (SCHWARTZ, 1996), mais ou menos conscientes, construídos ao longo de um processo de renormalizações que se transformam em patrimônio não só para o trabalho, mas para a vida dos sujeitos. Segundo Schwartz (1996), nosso “corpo-si”, durante a vida, é colocado à prova, se historiciza através dos entrecruzamentos de normas e valores e cada renormalização é um momento de escolha, de ressingularização de nós mesmos e que possibilita o enfrentamento do meio hostil (SCHWARTZ, 2011).

Como mencionado anteriormente, a integração dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia trouxe uma proposta inovadora e cheia de desafios, tanto para seus idealizadores, como para a gestão. Desde a sua criação, existe uma resistência em se aplicar essa interação, impelida por docentes e profissionais da medicina, alegando que a formação com ‘qualidade’ é seriamente comprometida quando se tem que ensinar junto a outros cursos.

Cabe aqui destacar, que apenas colocar os discentes juntos em uma mesma sala de aula, por si só, não imprime essa interação, é necessário que esse cenário seja apresentado e trabalhado pelos professores e por todos que compõem a universidade e seus ambientes de práticas de ensino-aprendizagem. A interdisciplinaridade começa desde a percepção do que o outro é capaz de fazer e perpassa pela consolidação das ações conjuntas. Nenhuma área perde sua lógica ou razão de ser, ao contrário, há a possibilidade da concretude de ações maiores e melhor formuladas a partir da ótica do coletivo. O dimensionamento das atividades tem um alcance em patamares de efetivação e resolutividade maiores e mais abrangentes, sem perder sua origem ou caracterização perante a sociedade.

Integração do Estágio Rural em Saúde Coletiva interprofissional da ESA/UEA

Os Cursos de Enfermagem (50 vagas), Medicina (60 vagas) e Odontologia (50 vagas) iniciaram em 2001, junto à própria criação da UEA, constituindo assim a tríade dos cursos que compartilham disciplinas comuns e interdisciplinares entre as turmas até o terceiro período. Os ingressantes de cada curso formam turmas mistas, ou seja, o primeiro período possuía três turmas, onde cada uma delas possui acadêmicos de cada curso, em número igualitário e, permanecem juntos até o terceiro período, com exceção das disciplinas que abordam a História de cada profissão, onde os estudantes dos cursos se separam e, com a entrada no quarto período, cada curso segue sua matriz curricular específica.

O Curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da UEA teve início em agosto de 2001 com uma estruturação curricular organizada em dez períodos letivos, com proposta de desenvolver disciplinas do ciclo básico de forma integrada com os cursos de Medicina e Odontologia. Esta proposta privilegia a interdisciplinaridade cooperativa como metodologia, capaz de nortear a formação do enfermeiro. Inicialmente os cursos funcionaram provisoriamente na Escola Superior de Artes e Turis-

mo (ESAT), em fevereiro de 2002 passou definitivamente a funcionar na ESA/UEA, formando sua primeira turma em outubro de 2006. O Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da UEA contempla a oferta de 100 vagas para o curso de Enfermagem, sendo 50% para Manaus, capital do Amazonas, no primeiro semestre e 50% para os demais municípios no segundo semestre do ano (PPC ENFERMAGEM, 2007).

O Curso de Medicina da UEA possui o estágio de internato rural interprofissional, com alunos que atuam em áreas onde existem Polos da Telemedicina, sob supervisão presencial de um profissional local que participa do processo de formação do interno como preceptor/tutor credenciado pela Universidade. A Telemedicina, em relação ao internato, favorece a formação interprofissional, e ainda, a educação continuada desses profissionais que desenvolvem atividades laborativas em comunidades próximas aqueles polos (PPC MEDICINA, 2016).

Como os outros cursos, o Curso de Odontologia tem entre suas tecnologias de informação e comunicação o Sistema Lyceum, como sistema acadêmico que permite a troca de mensagens entre docentes e discentes, armazenamento de arquivos pelo docente para download de discentes, além do Sistema de Telessaúde, que permite teleconferências com alunos em estágio no interior do Estado ou mesmo profissionais no ensino à distância (PPC ODONTOLOGIA, 2016).

Quando da criação e implantação dos cursos de saúde na UEA, os docentes investiram na integralização dos cursos e dos profissionais a partir da premissa de que o contato e a convivência entre eles beneficiariam a formação de um profissional mais aberto ao entendimento e reconhecimento de que cada uma das profissões e que isto, se faz impar na atuação junto ao usuário e a população. A aproximação entre as áreas oportunizaria o surgimento de ações compartilhadas e complementares entre si.

A Tese é de que decorridos 17 anos da criação da UEA com 12 anos de ERSC seja válido compreender as contribuições do ERSC para a formação dos acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da ESA/UEA.

Na perspectiva de se atender ao que é preconizado pelo MS, muitas instituições públicas e privadas, ainda tem dificuldade em se adequar ao que a lei exige, existindo ainda, as que resistem nessas mudanças em virtude de gerar ônus. Na busca da formação para o atendimento às novas tendências que emergem, corre-se o risco de não se alcançar o perfil 'ideal' de profissional, pois o tecnicismo é imensamente trabalhado como um

fator primordial para a formação de um profissional da saúde com competências para atender às necessidades de atenção à saúde da população, deixando de se trabalhar o ser na sua integralidade.

Na concretude legal, destaca-se ainda a Lei nº 11.788 de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes e que define

no seu art. 1º que o Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Complementando ainda que no § 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando, e no § 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (NOVA CARTILHA, 2010, p.7).

Os três cursos de saúde apresentam em seus componentes curriculares, propostas que foram trabalhadas para atender a área da saúde pública, em especial, no interior do estado do Amazonas. Os referidos componentes estão apresentados no quadro 7.

A intencionalidade da Universidade do Estado do Amazonas converge para que haja uma imersão nesse dinamismo, nos três primeiros semestres e posteriormente na fase de finalização dos cursos.

Quadro 7 – Componentes curriculares da disciplina ERSC dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, ESA/UEA, 2016 (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Enfermagem	Medicina	Odontologia
10º Período - ESA1006 - Estágio Curricular Supervisionado Rural	9º Período - ESA0952 - Estágio em Medicina Comunitária	10º período - ESA 10.01 - Estágio V (Estágio Integrado)
360h	360h	420h*
Ementa	Ementa	Ementa

Princípios e diretrizes do SUS. Controle Social em Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade. Planejamento em Saúde. Sistema de Informação em Saúde. Habilidade de trabalho em grupo. Interdisciplinaridade. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica em Saúde. Estratégia e Dinâmica para Intervenção em Educação e Saúde. Panorama do Estágio Rural no contexto Amazônico. Estratégia de Pesquisa. Saúde ambiental. Relato de experiência sobre as situações vivenciadas nos municípios.	Princípios e diretrizes do SUS. Controle Social em Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade. Planejamento em Saúde. Sistema de Informação em Saúde. Habilidade de trabalho em grupo. Interdisciplinaridade. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica em Saúde. Estratégia e Dinâmica para Intervenção em Educação e Saúde. Panorama do Estágio Rural no contexto Amazônico. Estratégia de Pesquisa. Saúde ambiental. Relato de experiência sobre as situações vivenciadas nos municípios.	Atividades de promoção de saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e limitação de danos ao complexo maxilo-mandibular. As atividades visam reproduzir a prática da odontologia nas Unidades Públicas de Saúde na capital e no interior do estado.
Objetivo	Objetivo	Objetivo
Desenvolver competências e habilidades para atuar no Sistema Único de Saúde, com enfoque na Atenção Primária, em municípios do interior do Amazonas.	Desenvolver competências e habilidades para atuar no Sistema Único de Saúde, com enfoque na Atenção Primária, em municípios do interior do Amazonas.	Solucionar problemas mais frequentes surgidos na prática profissional em serviços públicos e privados do Estado do Amazonas.

*As demais 60 horas são desenvolvidas na capital.

Fonte: PPC Enfermagem 2016; PPC Medicina 2016; PPC Odontologia 2016.

A Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas possui também a proposta de interiorização de seus acadêmicos, apresentada na sua matriz - Estágio Curricular I (EMS066) com 420 horas no 9º período. Há um ponto que chama a atenção em sua ementa, à descrição que o foco é direcionado também as unidades hospitalares e rede básica de saúde no contexto materno infantil e saúde coletiva. O que leva a compreender que suas atividades não são exclusivas na Atenção Primária de Saúde (PPC ENFERMAGEM UFAM, 2010).

Resultados

Com a proposta do SUS na atenção básica é cada vez mais pontual que se trabalhe a interdisciplinaridade junto à ação multiprofissional de forma mais efetiva na formação dos profissionais de saúde, integrando o atendimento em conformidade das competências profissionais (CAMARGO JR, 2003).

Para que se pudesse avaliar a configuração do Internato Rural no Brasil, foram identificados no quadro 8, quais as universidades federais que mencionam em seus projetos pedagógicos a inserção e a intencionalidade de integrar os cursos nesse formato de atuação interprofissional. Porém optou-se por construir esse cenário diante do Curso de Enfermagem, por ser o que representativamente, melhor absorveu a proposta interdisciplinar e integralizadora das ações. Em distintas ocasiões e de forma discreta, outros cursos aparecem descritos dentro dos projetos apresentados. Destaca-se ainda que apenas uma universidade privada também apresenta esse formato de Internato Rural.

Quadro 8: Projetos Pedagógicos de Cursos de Enfermagem que contemplam o Internato/Estágio Rural para realizar suas atividades de aprendizado em outros municípios, 2018 (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).

Federais	Projetos Pedagógicos	Ano do PPC
Palmas – TO	Disciplina: Internato Rural Integrado. 105 horas. Equipes multidisciplinares. No interior do Estado. 9º período.	2009
Belo Horizonte – MG	Referencia em um parágrafo ‘Internato Rural’, na graduação e pós, convênios e intercâmbios nacionais e internacionais.	2017
João Pessoa – PB	Estágio supervisionado semi-internato: Estágio Regional Interprofissional, 165 horas, 9º período, em conjunto com outros cursos da saúde. Ementa: Proporcionar (...) vivência multiprofissional (...) numa abordagem interdisciplinar garantindo a integralidade da atenção à saúde, através de sua atuação no âmbito da gestão, das ações educativas e do desenvolvimento de atividades básicas (...); e que permitam (...) diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das necessidades (...) junto aos usuários domiciliados nas comunidades dos municípios conveniados com a UFPB/CCS/ERIP/SUS.	2007

Goiânia – GO	Estágio supervisionado em enfermagem I: (...) nos Campi Avançados da UFG, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade. (...), indivíduos, famílias e comunidade, (...)e pressupostos do SUS. Prática gerencial em enfermagem.	2009
Manaus – AM	O Internato Rural existe desde 1985, porém não configura no PPC.	2010
Divinópolis – São João Del Rei – MG*	<p>g) Estágios supervisionados: Os Estágios Curriculares I (408hs) e II (408hs) serão realizados no município de Divinópolis, e em outros municípios da Macrorregião Oeste na modalidade de Internato, mediante (...) convênios com as Prefeituras e com Instituições hospitalares e outros serviços (...), estudante do 8º e 9º períodos. Carga horária: não consta.</p> <p>H) Internato Rural: O internato em enfermagem é uma proposta do Campus Centro Oeste Dona Lindu/UFSJ e oportuniza ao estudante desenvolver, por meio de um trabalho em equipe multiprofissional, o desempenho de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa científica em diferentes níveis de atenção. O internato é desenvolvido nas áreas da atenção básica e hospitalar (...)comprometida com as necessidades de saúde da população, com autonomia, raciocínio investigativo, criatividade, com capacidade de comunicação, resolução de problemas, trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, (...), o ser humano na sua dimensão ética, de cidadania e de solidariedade. (...).</p>	2009
Brasília – DF	<p>Estágio supervisionado I (420 hs), 9º semestre. O estágio é desenvolvido (...) na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), (...) na Regional do Paranoá (Centro de Saúde do Paranoá, Centro de Saúde do Itapoã e Centro de Saúde de São Sebastião), na Regional de Samambaia (Centro de Saúde) e Taguatinga (CAPS). Os estágios são formalizados por meio do Convênio (...).</p> <p>Não afirma ser um ‘estágio rural’.</p>	2017

Oiapo- que – AP	Estágio supervisionado: 9º período, os estágios curriculares (...) poderão ser desenvolvidos nos municípios do Interior do Estado em parcerias com as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, integrando-se as equipes do (...) (PSF) e (...) (PACS), (...) (AIDPI) e outros. (...). O período mínimo de 90 dias (três meses), e o máximo de 150 dias (6 meses ou 180 dias). (...). Durante esse tempo de permanência os discentes terão a orientação, acompanhamento, supervisão e avaliação (...) pelo assistente do local ou docente (...) que se deslocará periodicamente em caso de Estágio Rural destinado a esse fim.	2013
Maceió - AL	No 5º ano o estágio curricular é realizado em duas áreas: de internação no HU, (...) e em diversos municípios do Estado com carga horária de 1.000 horas. (...). Os estágios são realizados por meio de convênios firmados entre a UFAL e as secretarias municipais de saúde, de forma que garante a permanência do aluno (...) durante o período de estágio, (...). Estágio supervisionado: 500hs: (...) onde esteja implantada a ESF e em municípios do interior do estado, em locais a ser definido anualmente, conforme a disposição dos gestores municipais em discutir e pactuar as condições mínimas para a realização do estágio. O acompanhamento e supervisão dos estagiários será de responsabilidade compartilhada, (...). A UFAL responsabiliza-se (...) convênios e pelo deslocamento dos professores supervisores para que compareçam pelos menos a cada 15 dias para acompanhar o desenvolvimento do seu plano de trabalho.	2007
Privadas	Projetos Pedagógicos	Ano do PPC
Goiânia – GO PUC	Estágio Supervisionado I: 9º período. 390 horas. (...), mediante o Internato I, o aluno amplia e realiza as práticas profissionais em saúde e em enfermagem em áreas prioritárias de atenção à saúde no município e na região, nos diversos níveis de atenção à saúde individual e coletiva nas perspectivas do SUS, em UBSs, com atenção integral aos membros da família e à comunidade, além dos trabalhos educativos desenvolvidos em creches e escolas. Realiza intervenções associadas às práticas de gerência (...) em unidades básicas de saúde.	2016

Fonte: PPC 2017a, PPC 2017b, PPC 2016, PPC 2013a, PPC 2013b, PPC 2010, PPC 2009a, PPC 2009b, PPC 2007b e PPC 2007c.

Analisou-se ainda os projetos pedagógicos de cinco faculdades estaduais (de três regiões) e nenhuma contemplava o Internato/Estágio Rural. Quanto às faculdades particulares, das 13 pesquisadas em oito estados (cinco regiões), apenas uma possui (PUC Goiás) a proposta do Internato Rural em seu PPC (Quadro 8).

As Universidades Federais que não contemplam internato/estágio rural em seus projetos pedagógicos são: Amazonas, Roraima, Rondônia, Mato Grosso, Bahia, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina, Pernambuco, Maranhão, São Paulo, Sergipe, Rio de Janeiro e Ceará. Os projetos pedagógicos das Federais do Acre, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul não estavam com acesso disponível nos sites oficiais das universidades ou no livre acesso na internet no momento da pesquisa. A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas realizar o Internato Rural desde 1985, mas não está inserido no projeto pedagógico do curso.

Outros cursos da saúde realizam o Internato Rural, em sua maioria, isolados, destacando-se o curso de medicina: Universidade Federal do Acre, Universidade Federal de Alagoas, Universidade Federal do Amazonas (também para farmácia), Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade Federal de Brasília (atuando em cidades de Goiás), Universidade Federal do Amapá, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal de Tocantins, esta última ainda oferece o internato interprofissional com Cursos de Enfermagem, Odontologia e Nutrição.

Navegabilidade e aprendizado pelos Rios do Amazonas.

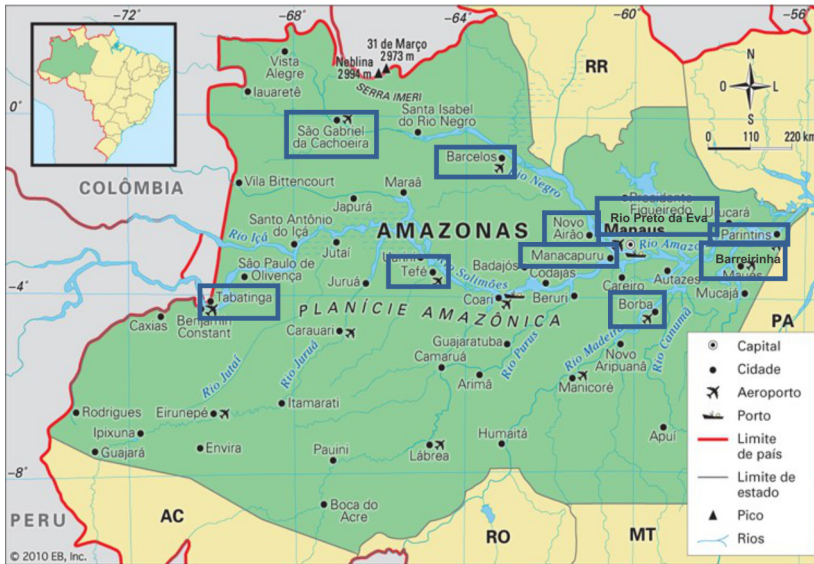
A Amazônia abriga a maior floresta tropical úmida do planeta e, também, o mais importante e complexo sistema de água doce do mundo, com aproximadamente 7 milhões de quilômetros quadrados de área de drenagem (incluindo a Amazônia Sulamericana), com cerca de 1.100 rios, dos quais destaca-se o Amazonas com 6.711 quilômetros, da nascente, nos Andes, até a sua foz no Estado do Pará, representando 20% do total das águas doces do mundo que chegam aos oceanos. A região corresponde a 58% do território brasileiro, chamada Amazônia Legal, compreende os Estados do Amazonas, Amapá, Acre, Pará, Rondônia, Roraima, o Oeste do Maranhão, Tocantins e Mato Grosso (PDI-UEA, 2007).

O Estado do Amazonas (1.577.820,2 km² de área absoluta) abriga a maior floresta equatorial do planeta, sua bacia hidrográfica (6.217.220 Km²) possui mais de 20 mil km de vias navegáveis. A população do Estado, conforme dados do IBGE, esta estimada em 4.001.667 mil habitantes, sendo 48% vivendo na capital (IBGE, 2016).

Entre esses deslocamentos, 26% dos participantes o realizaram em média de 10 horas ou mais, ressalta-se que esse tempo foi baseado no deslocamento de ida ou volta. Tais municípios devem estar comprometidos tanto com a proposta da Universidade como do serviço, tendo que atender aos critérios de seleção para a inserção do Estágio Rural no município. Mesmo que alguns municípios selecionados gerem alto custo de deslocamento (aéreo), é o meio de transporte mais viável decorrente do tempo de deslocamento se fosse por outra via, passando a ser a via de escolha mais sensata e eficaz de viagem. Mesmo havendo municípios com um perfil que atendam aos critérios e mais próximos de Manaus, é preciso observar que, primeiro, há uma inserção numérica de acadêmicos que precisam ser dispostos em diferentes municípios, e isso requer contemplar os que estão mais distantes da capital. Acrescenta-se ainda que alguns municípios tenham um distanciamento significativo de Manaus e o acesso é apenas por via fluvial, decorrendo muitos dias para o deslocamento e inviabilizando a realização do ERSC.

O desenvolvimento das ações executadas pelos discentes têm uma abertura colaborativa e contributiva para a rede de saúde e comunidade local. Os municípios do Internato Rural de 2017-2, 2018-1 estão localizados nos diferentes extremos do Amazonas, decorrente do atendimento dos critérios de convênio com tais municípios, em destaque na figura 2:

Figura 2: Mapa do Estado do Amazonas – municípios do Internato Rural 2017-2 e 2018-1 e 2018-2.



Fonte: Relatório anual de gestão/2016 da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Brasil. 2018.

Há ainda os municípios que para o deslocamento, é necessário utilizar mais de um meio de transporte e/ou via - terrestre e fluvial – este último, barco e lancha. A diferenciação das embarcações é principalmente o tamanho e a capacidade de carga e quantidade máxima de pessoas, capacidade do motor, tripulantes, autorizações e encargos administrativos diferenciados. Os barcos de recreio fazem ‘linha’ (transporte de pessoas e encomendas, equipara-se aos ônibus intermunicipais) em dias e horários definidos e agendados, geralmente chegando ao município de destino em terminado dia e partindo depois de um ou dois dias da chegada, tendo a autorização da Marinha e seguindo normas e regulamentações legais. Para melhor compreensão sobre os Barcos de Recreio, algumas características estão aqui descritas: embarcação de estrutura metálica e madeira; atendendo as normas de tráfego e permanência da Marinha do Brasil; guiado por um comandante marítimo que possua carteira de habilitação de amador (credenciado pela Marinha do Brasil); tripulantes (preferencialmente, com experiência em viagens fluviais na região da Amazônia); cozinha; independente do tamanho da embarcação (1, 2 ou 3 andares), ter piso(s) exclusivo(s) para acomodação dos passageiros (armazém de redes), po-

dendo ter ou não camarotes; o barco possui porão para armazenamento de cargas pesadas. Ainda como requisito importante para a liberação do barco, o mesmo precisa ter colete salva-vidas para cada passageiro e 10% dos coletes devem ser para crianças (MARINHA DO BRASIL, 2018).

É preciso mencionar também que para alguns municípios os vôos não são diários, tendo dias específicos, podendo ser 2 a 3 vezes por semana, sendo o custo dessas viagens muito caro, restringindo ainda mais o acesso das pessoas e impulsionando as viagens fluviais. Na tabela 2 estão dispostas informações relativas quanto à logística de deslocamento e acomodação dos discentes em cada localidade do ERSC.

Tabela 2 – Distribuição dos acadêmicos por município, tempo de permanência, tipo de estadia, tipo de deslocamento e tempo de viagem para realização do Estágio Rural em Saúde Coletiva da ESA/UEA, 2018.

Município	Tempo	Moradia	Tipo de Deslocamento	Tempo de viagem (ida e volta)	n	%
Manacapuru		Própria	terrestre	2 horas e 30 min	7	14
Tabatinga		Alugada	aéreo	3 horas	7	14
Novo Airão		Pousada	terrestre	2 horas e 30 min	6	12
Rio Preto da Eva		Própria	terrestre	1 hora	1	2
Parintins		Pousada	lança a jato	20 horas	3	6
Parintins	45-60 dias	Própria	aéreo	55 min	2	4
Tefé		Própria	aéreo	50 min	4	8
São Gabriel da Cachoeira		Alugada	aéreo	2 horas	1	2
São Gabriel da Cachoeira		Própria	aéreo	2 horas	6	12
Borba		Própria	barco e lanca	21 horas	6	12
Barcelos		Própria	barco	28 horas	5	8
Barreirinha		Hotel	aéreo e fluvial	7 horas	2	4
Total					50	100

Fonte: Elaboração da Autora (2018).

Como perfil dos participantes, 58% dos discentes são do sexo masculino. Tanto os homens como as mulheres encontravam-se na faixa etária considerada como adulto jovem (até 29 anos) somando 80% para os homens e 75% para as mulheres. Referente ao estado civil 80% entre homens e mulheres encontra-se solteiros.

Quanto à renda familiar 52% dos entrevistados possuíam três ou mais salários mínimos e 36% possuíam dois a três salários para subsistência. Todos os percentuais foram construídos agregando os participantes dos três cursos.

O deslocamento dos discentes e docentes para os municípios nos dois semestres apresentados na tabela 2 teve como meio de transporte mais utilizado a via aérea (44%). Apesar do alto custo, considera-se o cenário político e administrativo do município, para que os discentes sejam alocados em cada localidade, assim como a configuração da rede de saúde e áreas de interesse. Em contra partida, o município precisa ofertar aos discentes acomodações e refeições diárias durante sua estadia no município, liberação do supervisor local selecionado para acompanhar os discentes e colaborar para sua inserção nas ações programadas da Secretaria de Saúde, bem como o fato deles assumirem ações e atividades que atendam as necessidades da população local, desenvolvidas por eles ou em colaboração com os profissionais da saúde do município, bem como com os setores de interesse comum e com a própria comunidade.

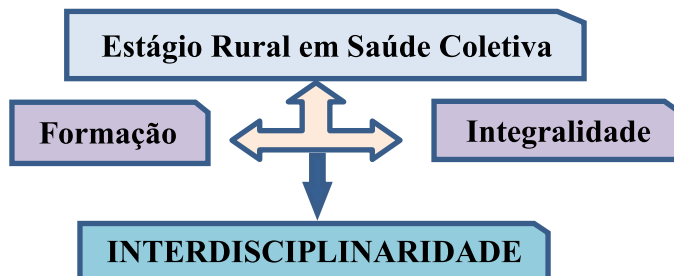
Nenhuma profissão tem a capacidade de por si só, atender o usuário em sua integralidade e necessidades, precisando reconhecer seus limites profissionais e associar-se aos conhecimentos e ações dos demais serviços (CUNHA, 2010).

A organização acadêmica dos cursos de graduação da UEA foi estabelecida pelo Conselho Universitário (CONSUNIV-UEA) através da Resolução nº 004 de 27 de abril de 2004. Com base no trabalho coletivo, elaborado pela comunidade docente, discente, técnico-administrativo e, com fundamento na Lei nº 9394/96, a proposta de organização acadêmica objetiva cumprir a finalidade institucional centrada no trinômio: ensino-pesquisa-extensão, com estratégias que respondam às necessidades da sociedade amazonense na busca de melhor qualificar seus recursos humanos, desenvolver suas potencialidades e garantir a qualidade de vida de seus cidadãos. (PDI-UEA, 2012-2016).

A Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) segue a proposta institucional e se mantém firme na consolidação dos cursos de saúde (Figura 2), e com sua caracterização específica de integralizar os cursos

de Enfermagem, Medicina e Odontologia com o objetivo de formar profissionais mais conscientes e inseridos na realidade amazônica e em suas transformações sociais.

Figura 3: Mapa conceitual interdisciplinaridade – Internato Rural ESA/UEA, 2018.



Fonte: Elaboração da Autora, 2018.

O Estágio Rural possibilita ter uma nova concepção do que é a qualidade da assistência e do atendimento, de como é significativa à contribuição interprofissional para o bom cuidado, que perpassa pelo papel individualizado de cada profissão, e que os aspectos pertinentes e que envolvem o usuário e a comunidade são partes inerentes ao trabalho, compromisso e eficácia (FRANÇA, 2015).

Dinamismo na assistência: atendimento às comunidades ribeirinhas

Mais do que a habilidade e prática do atendimento, a convivência profissional e pessoal traz um amadurecimento ao discente de uma forma impar, desenvolve autoconfiança, discernimento e criticidade sobre as possíveis ações a serem decididas e tomadas. Essa prática profissional distanciada do professor permite que adquira maior segurança e autocontrole, a experimentação com o público, outros profissionais e a própria realidade da comunidade, são aprendizados únicos e de cunho formativo (HAYASSY e MOERBECK, 2013).

Quanto à duração da permanência dos acadêmicos nos municípios, houve uma variação de 45 a 60 dias. Nesse tempo os discentes tanto exercem atividades na sede do município como em suas comunidades, algumas próximas a sede (de uma a poucas horas de distância) outras

mais distantes (de quatro até doze horas de viagem). O deslocamento para essas comunidades pode ser terrestre (estradas e vicinais) e/ou fluvial (barco, motor, rabeta, lancha, canoa, etc.), podendo levar horas e até mais de um dia. Essas atividades são realizadas buscando a integralidade das ações das três profissões, participando pelo menos um discente de cada área e são realizadas em parceria com a Secretaria de Saúde, de vigilância ou áreas afins. Cada comunidade possui uma população distinta, podendo variar entre 10 a 30 famílias, representando de 30 a 200 pessoas na comunidade. Essas ações também atingem as comunidades indígenas, que entre outras coisas, possuem uma cultura e hábitos diferenciados do cotidiano dos discentes.

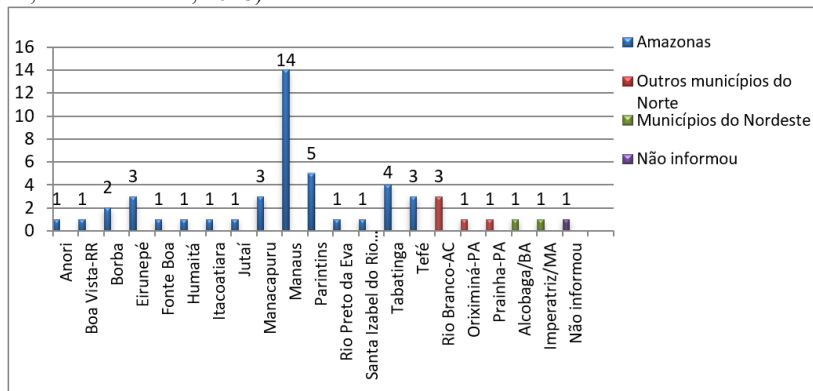
Experimentar outras realidades agrega novos conhecimentos e contribui para a criação do perfil do futuro profissional, que ao mesmo tempo ensina e aprende nessa vivência e experimentação de aprendizagem, pois esse novo ‘papel’ e convivência com os comunitários o ajuda a se reconhecer como agente transformador, e que também é transformado, assim como o aproxima da realidade do usuário que lhe procura para ser assistido. A universidade consegue nesse momento, se entrelaçar com a população assistida (GOUVEIA, LIMA, RIBEIRO *et al.*, 2017).

Cenário do Amazonas: aceitação e reflexo na formação integrada

No gráfico 1 verifica-se que 84% dos participantes são da região norte do país, sendo 28% nascidos em Manaus, 56% de outros municípios do Amazonas, 10% de outros estados do norte, 4% do nordeste e 2% não informaram sua naturalidade.

Mesmo os que nasceram em Manaus, passam por uma mudança de estilo de vida quando chegam aos municípios de alocação do ERSC e precisam se adaptar num processo rápido e que somado a isso, precisam aprender a conviver direta e socialmente com outras pessoas por um determinado tempo. Essa adaptação, por si só, já é um aprendizado, com e sobre as diferenças de cada um, podendo ser bem aceito ou mal absorvido.

Gráfico 1 - Distribuição dos acadêmicos por município de origem (Florianópolis, Santa Catarina, 2018).



O Regulamento do Estágio Rural (2013) não permite que os discentes se ausentem do município para onde foram deslocados para realizar o estágio, salvo situações graves e com liberação do preceptor local e da coordenação do Estágio Rural, sendo que os dias de ausência deverão ser repostos e todos os gastos pertinentes a essa estadia prolongada, ficarão por conta do discente. Associado a isso, o próprio distanciamento e o preço da viagem, acaba por inibir a vontade de saírem de onde estão para retornarem para a capital.

Essa aproximação e vivência acabam por fazer com que a relação entre eles seja mais próxima, levando a um diálogo diário, não só pessoal, mas também das ações profissionais e no reflexo que isso representa pra cada um e em sua profissão.

Nesse momento eles percebem, entre outras coisas, que não estão lá pra suprir a ausência de mão de obra, e sim, mesmo ainda não titulados, tem uma representação social e significativa para o serviço, mas principalmente para a sociedade que eles estão atendendo. É um ambiente físico e geográfico diferenciado, até para aqueles que vieram do interior do Estado, percebem e absorvem as fragilidades daquele cenário e isso possibilita a reflexão do dimensionamento das fragilidades e fortalezas que essas localidades apresentam e que por diferentes motivos e situações, não são trabalhadas e/ou potencializadas.

A incorporação de que seu papel social e transformador está atrelado ao profissional que ele pretende ser, é o que leva a quebra de um olhar solitário, que mesmo sendo bem-intencionado, não terá a mesma

abrangência e alcance de ações interprofissionais e com responsabilidades partilhadas.

Tais questões devem ser trabalhadas pelos docentes, junto aos discentes e preceptoria. O processo formativo precisa dialogar no mesmo sentido, despertando e desenvolvendo não apenas as competências técnicas e habilidades a serem trabalhadas, mas as atitudes, os valores e as decisões que nascerão da socialização das ideias e colaboração de todos (JECKER *et al.*, 2015; MS, 2005).

Discussão

A integralização da assistência visando atender essas necessidades, tanto individual como coletivamente, exige do profissional um preparo para compreender e identificar as fragilidades que o ser humano apresenta, momentânea ou permanentemente, e ainda buscando em conjunto com outros profissionais, uma resolutividade objetiva e eficaz.

No art. 6º, as DCN incluem os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, no nível individual e coletivo, do processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, pensa-se que a construção de Projetos Pedagógicos de cursos na área da saúde precisaria prever, em determinados momentos, a interação com outros profissionais e acadêmicos de outros cursos de outras áreas do conhecimento. O reconhecimento do que o 'outro' é capaz de realizar enquanto ação positiva e coletiva em prol da saúde do cidadão e da comunidade favorece uma formação mais humanística e reflexiva. Ao se deparar com as potencialidades e fragilidades que o outro profissional enfrenta, o acadêmico pode perceber que as ações conjuntas podem alcançar um nível maior de efetividade.

Cabe ao formador - instituição e profissional - oportunizar vivências e experiências para uma formação 'compartilhada', com um aprendizado, não apenas para ele e de caráter momentâneo, mas para ações futuras na busca da qualidade de saúde das pessoas. Nessa premissa, a integralidade das ideias, planejamentos e ações vindas de diferentes profissionais e que refletem interesses comuns, tem a tendência de se concretizarem mais fortemente junto ao público desejado. E o surgimento dessa proposta, não é recente.

As competências e habilidades que se deseja trabalhar para a formação do estudante são melhores desenvolvidas e visualizadas uma vez que o discente se percebe dentro das situações práticas, tendo oportunidade de discernir quais as necessidades de aprendizagem que precisam ser abordadas e ao mesmo tempo quais as fragilidades que os serviços apresentam e compara-los com o que é ensinado na universidade, oportunizando assim, um possível crescimento pessoal, profissional e do coletivo enquanto formação.

O exercício da prática colabora para beneficiar aos acadêmicos na vivência, assim como a população que recebe assistência, sendo completar a cobertura que a rede de serviço oferece e atende a comunidade (HAYASSY, MOERBECK, 2013).

Neste momento, há uma maior visualização de como de fato ocorre à assistência nessas localidades, permitindo ao discente vislumbrar e se ver nesses espaços tão diferenciados, fazendo com que possa se reconhecer como profissional do local (GOUVEIA, RODRIGUES, MAGGI, 2013).

Destaca-se a vivência da experimentação do trajeto da viagem, além de ser uma experiência única para alguns, permite ainda que eles reconheçam a dificuldade que a população encontra em se deslocar para a capital em busca de tratamento, saindo da sede do município para Manaus e para muitos pela primeira vez. Identificar ainda que a dinâmica da espacialidade do município para a capital tem características muito distintas, e que não favorecem uma fácil adaptação, principalmente econômica e social.

Uma definição para essa abordagem é dada pela Organização Mundial da Saúde, afirmando que a educação interprofissional é quando “estudantes ou profissionais de dois ou mais cursos, ou núcleos profissionais, aprendem sobre os outros, como os outros e entre si” (OMS, 2010). Nesse sentido, corrobora para práticas coletivas, busca por estratégias mais efetivas, uma vez que pode ter ações e perspectivas de outros profissionais, socializando ideias e compartilhando responsabilidades e decisões, fortalecendo e qualificando o cuidado e a assistência ao usuário (REEVES, 2016; COSTA, 2016; JECKER, 2015; REEVES *et al.*, 2016).

A prática interdisciplinar e multiprofissional por si só evidencia a como as potencialidades podem ser despertadas e compatibilizadas, uma vez que um profissional passa a conhecer e entender as habilidades um do outro, gerando maior entrosamento, segurança e otimizando as ações, levando a resultados mais positivos e produtores, tanto no prisma do

gerenciamento das atividades, quanto sua efetividade e qualidade da assistência. Reflexo sentido e vivenciado por todos os atores, profissionais e usuários (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Quando se refere a uma assistência multiprofissional, não deve ser vista como uma assistência segmentada, onde o indivíduo vai ser dividido em partes, mas sim, a visão holística do cuidado integral, onde esse cuidado vai ser executado de forma inter-relacional, onde todos se auxiliam e se completam, para tal, a ideia de um processo de formação contínuo e formador, deve a ser vista como uma alternativa que, agregada a outras estratégias, permite que isso se insira no trabalho diário de forma mais natural e minimize as resistências para essa prática (COSTA, 2016; CÂMARA, 2016; CASANOVA *et al.*, 2015 e FEUERWERKER, 2009)

Apesar de ser reconhecida entre os profissionais, na prática do serviço ainda não é efetiva essa articulação, por vezes há quem concorde e colabore, mas há aqueles que resistem em comungar dessas práticas e ainda causam empecilhos, desafiando profissionais, gestores e até usuários para que a interdisciplinaridade aconteça na reorganização dos serviços (PEDUZZI, 2007).

Deve-se pensar que não apenas as ações devem ser revistas, mas o próprio modo de pensar, fazer, agir e reconhecer o saber técnico-científico. A criticidade, o bom senso, as habilidades e a reflexão, fazem parte importante desse novo olhar para se fazer diferente. Requer uma mudança de cada profissional e transformar-se a si mesmo, que por natureza humana, não é algo fácil e rápido, até porque para se chegar a este nível, o 'reconhecimento de si' para essa mudança, é a parte mais difícil de todo o processo (BISPO, 2014; MITRE *et al.*, 2008 e REEVES, 2010).

Conclusão

Em todos os estudos avaliados, a experiência do Estágio Rural contribui de forma impar para a construção do profissional da área de saúde, tanto no aprendizado técnico-científico, habilidades e competências, quanto na vivência das práticas de atuação, não apenas aos profissionais, mas entre os discentes, e principalmente, com a própria comunidade e indivíduos distintos. A socialização dos saberes, compartilhada e formativa, são identificações percebidas entre os acadêmicos, seus preceptores e docentes supervisores e profissionais.

Percebe-se que, ou nas incursões dos cursos individualizados, ou coletivos, existe a resistência em se absorver essa proposta interdiscipli-

nar, por parte dos profissionais locais e ainda, por alguns acadêmicos, fruto de discursos nos bancos das academias, e relacionado implicitamente, nos artigos investigados. Apesar de que em número pequeno, limita as informações acerca da representação para os acadêmicos e sua formação.

Referências:

AMORIM, DS, GATTÁS, MLB. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto. 2007;40(1):82-4.

ARAÚJO, TAM; VASCONCELOS, ACCP; PESSOA, TRRF; FORTE, FDS. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(62): 601-13.

BISPO, EPF; TAVARES, CHF; TOMAZ, JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). 2014;18(49): 337-50.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n.4, de 7 de novembro de 2001**. Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

CÂMARA, AMCS; CYRINO, AP; CYRINO, EG; AZEVEDO, GD; COSTA, MV; BELLINI, MIB *et al.* Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(56):5-8.

CAMARGO JR, KR. **Um estudo sobre a (in)definição da integralidade**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.35-44, 2003.

CASANOVA, IA; BATISTA, NA; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci**. 2015; 40(3):229-33.

COSTA, MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(56):197-8.

CUNHA, GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, p.212, 2010.

Di RUZZA, R. L' Aventure ergologique. In: Di Ruzza R, Halevi J (orgs.). **De l' économie politique à l' ergologie – lettre aux amis**. Paris: Éditions L' Harmattan; 2003, p.51-85.

FAZENDA, ICA. **Interdisciplinaridade: História, Teoria e Pesquisa**. 13th ed. Campinas: Papyrus; 2006.

FRANÇA, RM. **Avaliação do desempenho dos alunos de graduação na área de saúde da UFPB no estágio regional interprofissional como promotores de saúde pública**. Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde EaD da Universidade Estadual da Paraíba. Programa Universidade Aberta do Brasil. Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.

GOUVEIA, ÁRS; LIMA, DPA; RIBEIRO, LS *et al.* Vivências de uma acadêmica de medicina em estágio realizado em uma comunidade rural. **Rev Enferm UFPE on line**, recife, 11(supl. 5): 2217-26, maio, 2017.

GOUVEIA, EAH; RODRIGUES, LHG e MAGGI, RS. **Internato rural no sertão indígena de Pernambuco: um projeto piloto**. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, v.12, n.7, 2013.

HAYASSY, A; MOERBECK, ABV. Internato Rural de Odontologia: Projeto Piloto. **Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**. v.1,n.1,p.2-19, 2013.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. In: MAIA, CMM e MALLMANN, LM. A interdisciplinaridade da pesquisa e da formação na Área de desenvolvimento regional. **RBPD – Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, v.1, n.1, p.89-98, jul./dez, 2012.

JECKER, J; ADAMS-CARPINO, G; BERRY, S; BRIGSS, M; CHISHOLM, B; CLACK, J *et al.* **Interprofessional learning guide.** Ontário: Northern Ontario School of Medicine; 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, 30 Jun, 2005.

MARINHA DO BRASIL. Ministério da Defesa. **Protegendo nossas riquezas, cuidando da nossa gente.** Transporte fluvial de cargas e passageiros cresce no Amazonas. 2018. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/content/transporte-fluvial-de-cargas-e-passageiros-cresce-no-amazonas>. Acesso em: 24 de out de 2018.

MITRE, SM; SIQUEIRA-BATISTA, R; GIRARDI-DE-MENDONÇA, JM; MORAIS-PINTO, NM; MEIRELLES, CAB; PINTO-PORTO, C *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; 13(s2): 2133-44.

NOVA CARTILHA ESCLARECEDORA SOBRE A LEI DO ESTÁGIO: **Lei Nº 11.788/2008.** Brasília: MTE/SPPE/DPJ/CGPI. Ministério do Trabalho e Emprego. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redes de profissões de saúde.** Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra, CH: RPSEORHS; 2010.

PDI-UEA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2012-2016 da Universidade do Estado do Amazonas.** Amazonas: Coordenadoria de Planejamento Institucional (organização), 2012.

PDI-UEA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2007-2011 da Universidade do Estado do Amazonas.** Amazonas: Coordenadoria de Planejamento Institucional (organização), 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. 161-77. In: PINHEIRO R, BARROS MEB, MATTOS RA. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Públ.** 2001.16; 35(1): 103-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 23 de ago de 2018.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Colegiado de Graduação (Organização e Coordenação). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, agosto, 2017a. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/curriculo/197-projeto-pedagogico-do-curso-de-graduacao-em-enfermagem/file>. Acesso em: 24 de out de 2018.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Comissão de Atualização – Núcleo Docente Estruturante do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem (Organização e Coordenação). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília: DF, junho, 2017b. Disponível em: https://fs.unb.br/articles/0000/0983/PPC_2017_atualizado_Enfermagem.pdf. Acesso em: 25 de out de 2018.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia. Coordenação do Curso de Odontologia (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. Coordenação do Curso de Medicina (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem. Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. PUC Goiás. Goiânia: GO, 2016. Disponível em: http://www.pucgoias.edu.br/sistemas/concursos/editais/442018/152449_3473676_ppc-enfermagem.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem Campus Oiapoque. Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. Campus Binacional de Oiapoque. Universidade Federal do Amapá. Macapá: AP, 2013a. Disponível em: <http://www2.unifap.br/enfermagem-oiapoque/files/2015/10/PPC-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 25 de out de 2018.

Faculdade de Enfermagem. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem.** Resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura da Universidade Federal de Goiás (COPEC). N. 1249, de 09 de agosto de 2013. Serviço Público Federal. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, agosto de 2013b. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/up/126/o/Resolucao_CEPEC_2013_1204.pdf. Acesso em: 24 de out de 2018.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Manaus. Universidade Federal do Amazonas. 2010. Disponível em: http://biblioteca.ufam.edu.br/images/doc/PPCs%20AQUISI%C3%87%C3%83O/Enfermagem/PPC%20Enfermagem%202010%20FINAL_compac.pdf. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) N. 20/2009, de 25 de junho de 2009. Serviço Público Federal. Fundação Universidade Federal de Tocantins. Palmas, junho, 2009a. Disponível em: http://download.uft.edu.br/?d=497a8d9b-d4ab-4d7a-8e51-67dcded4b6fb:20_2009_ppc_enfermagem_5123.pdf. Acesso em: 24 de out. de 2018.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Comissão de Elaboração do Projeto Pedagógico. Campus Centro-Oeste Dona Lindú. Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis: MG, 2009b. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/coenf/2014/PPC%202012.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2018.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2007a.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Comissão Permanente de Acompanhamento e Avaliação do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem (Organização e Coordenação). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: PB, maio, 2007b. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/coordenf/arquivos/pppenf512007.pdf>. Acesso em: 25 de out. de 2018.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Colegiado do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem e Farmácia. Universidade Federal de Alagoas. Maceió: AL, 2007c. Disponível em: http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/esenfar/pt-br/graduacao/enfermagem/documentos/ppc-enfermagem.pdf/at_download/file. Acesso em: 25 de out. de 2018.

PRADO, ML; BULNES, AM; PEÑA, LM. Metodología de la Revisión de literatura en los estudios de enfermería. In: PRADO, ML; SOUZA, ML; MONTICELLI, M; COMETTO, MC e GÓMEZ, PF. **Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didáctica.** Washington DC. Serie PALTEX, Salud y Sociedad ,2000 N.10.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.

REGULAMENTO do Estágio Rural em Saúde Coletiva-ERSC.

Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2013.

ROCHA, NBR; SILVA, MC; SILVA, IRG; LOLLI, LF; FUJIMAKI, M e ALVES, RN. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. **Revista da ABENO**, 17(3):41-54, 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/issue/view/27>. Acesso em: 25 de out de 2018.

SAUPE, R; CUTOLO, RLA; WENDHAUSEN; ALP e BENITO, GAV. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu) 2005;9(18):521-536.

SCHERER, MDA; PIRES, DEP e JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**,18(11):3203-12,2013.

SCHWARTZ, Y. Qual sujeito para qual experiência? **R Tempus Actas Saúde Col**, 2011;5(1):55-67.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação e Sociedade**, 1998; 19(65): 101-139.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e valor. **Tempo e Sociedade**, 1996; 8(2): 147-158.

SILVA JUNIOR, GB; DUARTE, RP; MENEZES, AR; MORAIS, AP; ALVES, AM e DAHER, EF. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 38 (3): 381-387; 2014. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/383>. Acesso em: 25 de out de 2018.

MANUSCRITO 3

Manuscrito 3 – Estágio Rural no Amazonas: percepção dos acadêmicos sobre a aprendizagem para a vida profissional.**INTRODUÇÃO**

Com o aumento das atividades de Ensino Superior nos anos 60, de Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil, surge a necessidade de se ter critérios para o Poder Público garantir a equiparação entre os diversos cursos de nível superior que estavam surgindo (JANKEVICIUS E HUMEREZ, 2015). Para tanto foi promulgada a Lei Nº 9.394/1996 (Lei 9.394,1996), a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que em seu Artigo 43 estabeleceu no inciso I que

“I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo” e no inciso III “incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive” (LEI nº 9.394 de 20/12/1996).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 5º estabelece que “todos são iguais perante a lei e ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”, cria uma regra basilar para atender apenas ao que a lei exigir. Isto fica claro no item... “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. A Constituição firma as competências da União para legislar sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Art. 22) e do Sistema Único de Saúde (SUS): “ordenar a formação de recursos humanos no campo da saúde e incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação em sua área de atuação” (Art. 200) (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde seguindo a Resolução CNE/CES Nº 3/2001, estabelece as Diretrizes Nacionais para os cursos de Graduação, recomenda que a formação profissional responda às deficiências sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista e reflexiva. Destaca

a importância de que o profissional atue com responsabilidade social e compromisso com o cidadão, como mobilizador da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

A relação entre educação e trabalho está alinhada no âmbito político, econômico, cultural, nacional e também mundial de problemas globalizados (OLIVEIRA, 2007).

A polêmica sobre a sistematização da formação dos profissionais de saúde se fez presente de diferentes formas no Brasil desde 1930, ganhando robustez na década de 1990, advinda as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (PEREIRA, 2013; REZENDE, 2013).

Nas Conferências Nacionais de Saúde, os temas relacionados às DCN surgem em seus relatórios de forma recorrente (PEREIRA, 2013). Após a promulgação das DCN, políticas públicas específicas para a formação em saúde e direcionadas ao novo modelo começaram a ser implantadas. Desse modo, a formulação de políticas no âmbito da formação em saúde deixou de ser um assunto marginalizado no Ministério da Saúde e tomou proporções tema central nos debates (MOREIRA E DIAS, 2015).

Os referidos autores acrescentam que, se na área da saúde a implantação do SUS foi uma referência histórica e divisora das políticas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 9.394/96) tornou-se referência para reorientação do sistema de ensino brasileiro. Se a LDB não representa um projeto de sociedade tão amplo como o da Reforma Sanitária, ela sintetiza uma decisão possível entre os entes sociais comprometidos em sua elaboração.

Dentre as competências gerais para a formação dos profissionais (art. 4º), podemos ressaltar como parte de uma nova concepção de atenção à saúde a de estar prontos a aprimorar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individual quanto coletivamente (BRASIL, 2001).

A Resolução CNE/CES de 03 de 2001, ainda acrescenta a importância da formação voltada ao modelo de atenção que prioriza o trabalho em equipe multiprofissional.

O trabalho em saúde é marcado, essencialmente, por alguns pontos: contempla necessidades complexas e variáveis; não pode ser inteiramente padronizado, uma vez que abrange um encontro sempre singular entre pessoas; os profissionais precisam de autonomia; é realizado por um grupo de diferentes trabalhadores; os médicos apontam para o processo assistencial; há dependência do campo sociopolítico; parte da ação de trabalho é debilitada e o quadro é de disputa entre atores com diferentes

interesses, o que leva a um processo de negociação permanente (SCHE-RER *et al.*, 2013).

A proposta de interiorização para os discentes da área da saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) busca oportunizar um espaço de formação que contemple as aprendizagens apontadas, principalmente por meio do Estágio Rural Supervisionado, efetivado em 2006, por meio de um estágio em que os estudantes da área da saúde conseguissem experienciar a realidade dos municípios do interior do Estado do Amazonas. Tal experiência é amparada por aspectos da Saúde Coletiva e de qualquer conhecimento que envolvesse a maneira de viver do amazônico. Eis que surge o Estágio Rural (ER) da Universidade do Estado do Amazonas, como proposta obrigatória na matriz curricular da formação de nossos acadêmicos (Enfermagem, Medicina e Odontologia) (ERSC, 2016).

Na disciplina Estágio Rural em Saúde Coletiva (componente curricular obrigatório para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia), os acadêmicos são agrupados para que possam seguir para as atividades do ERSC com dois acadêmicos de cada curso, obrigatoriamente, atuando em um dos municípios do Amazonas no período de 45 a 60 dias, desenvolvendo atividades em saúde pública. Este estudo foi norteado para responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos discentes de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UEA sobre a aprendizagem propiciada pela vivência do ERSC. Assim sendo foi definido para este estudo o seguinte objetivo: Sistematizar a percepção dos acadêmicos sobre as aprendizagens propiciadas pela vivência do ERSC.

Método

Cenário do estudo

A Universidade do Estado do Amazonas – UEA, regulamentada pela Lei nº 2.637, de 12 de janeiro de 2001, com a natureza jurídica de fundação pública, inscrita no Ministério da Fazenda sob o CGC nº 04.280.196/0001-76, foi instituída por meio do Decreto nº 21.666, de 1º de fevereiro de 2001, com o objetivo de formar profissionais da saúde, da educação, da cultura, do turismo, da administração pública e atuar como núcleo de inteligência, gerador da política desenvolvimentista do Estado. Os cursos da UEA foram concebidos com o compromisso de atender a complexa realidade do Amazonas, apontando suas ações para as necessidades da população da região (PDI-UEA, 2007).

Acompanhando o proposto na missão da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), o Estágio Rural em Saúde Coletiva representa a integração dos estudantes com a sociedade amazonense. O objetivo do ERSC é fortalecer a inserção dos discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia nos municípios do interior do Estado do Amazonas, com o desenvolvimento de ações junto a uma população, em sua maioria com características rurais, o que representa o cenário dos demais municípios e suas realidades, atendendo assim, a proposta de integrar a UEA à realidade do Estado (ERSC, 2013).

A disciplina do ERSC possui carga horária de 360 (trezentas e sessenta) horas, sendo realizada em Unidades Básicas de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas, preferencialmente onde a UEA tenha sede administrativa. É inserido como um componente curricular obrigatório da matriz de cada curso (PPC ENFERMAGEM, 2016; PPC MEDICINA, 2016, PPC ODONTOLOGIA, 2016).

O ERSC possui como objetivo geral proporcionar aos discentes concluintes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia a oportunidade de aplicar os conhecimentos técnicos e científicos sobre as relações entre saúde e sociedade, por meio da participação interdisciplinar no serviço de atenção básica à saúde, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e do Sistema Único de Saúde (SUS), em municípios do Estado do Amazonas (ERSC, 2013).

O Estágio Rural em Saúde Coletiva da ESA/UEA é realizado por semestre e, em média, tem a participação de 11 municípios do Estado do Amazonas. Esses municípios são visitados previamente pelos docentes da disciplina para reconhecimento e atualização sobre as condições que o mesmo oferece aos discentes e se há viabilidade de se firmar o contrato entre a UEA e a prefeitura de cada localidade, assegurando a permanência e realização das ações a serem desenvolvidas pelos discentes. A composição dos grupos requer que haja obrigatoriamente a presença de discentes dos três cursos em cada grupo que irá atuar nos municípios.

Tipo de estudo

Pesquisa Estudo de Caso, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, desenvolvida na ESA/UEA tendo como participantes os discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia que haviam cursado a disciplina de Estágio Rural em Saúde Coletiva.

A coleta de dados aconteceu nas dependências da ESA/UEA, por meio de entrevista semiestruturada, no período de maio a junho de 2018, por ocasião das apresentações dos relatórios finais do ERSC pelos discentes. Os registros das entrevistas de cada participante foram identificados pela letra E (entrevistados) e com um número cardinal e em ordem crescente.

Foram incluídos na amostra 59 discentes, dos quais 50 aceitaram participar da pesquisa e que realizaram o ERSC em um dos municípios do Estado do Amazonas. Os participantes cursaram a disciplina Estágio Rural em Saúde Coletiva nos semestres de 2017-2 e 2018-1 e foram contactados por meio de convite pessoal realizado pela pesquisadora. Recusaram-se a participar 9 discentes, justificando falta de tempo para a entrevista. Foram excluídos da amostra 11 discentes que realizaram o ERSC em Manaus: a) 2018-1: 6 discentes (1 de enfermagem, 2 de odontologia e 3 de medicina): 3 em tratamento médico em Manaus; 1 lactante; 1 com filho menor de 2 anos e 1 com a esposa em fase terminal); b) 2018-2: 2 discentes (1 de enfermagem e 1 de medicina): 1 em tratamento médico em Manaus e 1 grávida); c) 4ª turma 2017: 3 discentes (3 de medicina): 2 com filhos menores de 2 anos e 1 cuidador e único responsável por familiar doente em Manaus. Todas essas situações estão contempladas no Regulamento do ERSC, sendo protocolado o pedido, encaminhado à reunião de disciplina e submetido à aprovação prévia dos docentes para parecer deliberativo.

As entrevistas foram submetidas à análise temática categorial, de acordo com Bardin (2010). A estruturação seguiu três segmentos cronológicos: A pré-análise (organização dos dados), onde se fez leituras ordenadas dos relatos das entrevistas dos discentes e se determinou as unidades de análise. Depois, a exploração do material, consistiu-se na composição dos temas na busca dos núcleos de sentido. Por último, para a interpretação dos resultados, buscou-se entrelaçar as relações com o referencial teórico.

Inicialmente as entrevistas foram identificadas de E1 a E50, colocadas paralelamente em compatibilidade de cada questão para todos os entrevistados, para se trabalhar as unidades de registro (UR), em seguida pela unidade de segmentação ou de recorte escolhida, se fez a divisão do conjunto do texto para análise. Essas unidades foram construídas partindo-se da definição de uma palavra e/ou uma frase do texto sobre o objeto em estudo, fazendo-se isso com todas as respostas dos estudantes. Ao final desta fase, foram geradas as unidades de significância (US), que foram as unidades de compreensão da unidade de registro e que correspon-

dem a segmentação da mensagem cujas dimensões são superiores aquelas da unidade de registro, permitindo compreender a significação das ideias expressas pelos entrevistados. (OLIVEIRA, 2008).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas. Todos os indivíduos envolvidos no estudo aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, garantindo-lhes sigilo das informações e anonimato. A coleta de dados se deu após aprovação do projeto pelo CEP da Universidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP-UEA) com o CAAE: 81299317.8.0000.5016.

Resultados

Os resultados do estudo foram descritos em Unidades de significado (US) representadas por Unidades de Registros que correspondem a fragmentos das respostas dos entrevistados, dentre os quais citaremos alguns dos registros dos discentes.

Inicialmente, destaca-se entre os depoimentos a descrição da influência das ações voltadas a **compreensão da atenção básica** que representou 38,45% das unidades de registro (UR) identificadas. Gerando duas unidades de significação: sistemas de atenção básica:

Pude compreender os sistemas de atenção básica. Permitiu conhecer a atenção básica de forma mais profunda, com mais vantagens e limitações. (E5)

Nessa imersão na rede de assistência a saúde do município, os sujeitos conseguem ver a abrangência se não de toda, de quase toda a cadeia logística que os serviços requerem para a otimização de sua atuação. O que culmina, na compreensão e qualificação da formação pela vivência.

A outra representação da unidade de significação: formação acadêmica pela prática:

Formação acadêmica pela prática diária na UBSF atendendo os pacientes, realizando PSE e atividades na zona rural. Assim como a percepção do papel da enfermagem em APS no interior. (E12)

As atividades diárias e que exigem a responsabilidade, quase que em sua totalidade, pelo acadêmico, agora exercendo o papel de aluno/profissional, se configura em outro sentido do modo de aprender. O atendimento ao paciente, na sede ou em área rural, aponta para esses alunos seu papel na assistência e na gestão da atenção à saúde, com a oportunidade de refletirem em cada ação e na significância na tomada de decisão.

Outra UR identificada foi o **aprimoramento para atender as demandas sociais** (44,60%) com as unidades de significância experiência no atendimento e demandas sociais:

Trouxe segurança após as experiências de atendimento. Aperfeiçoamento profissional e interpessoal. A convivência foi o que mais interferiu no decorrer das atividades e estimulou o trabalho com profissionais de outra área. (E16)

A percepção de que não posso ignorar quais as demandas sociais da minha profissão. (E10)

A experiência de vivenciar a realidade nessas comunidades oportuniza um olhar acadêmico mais sensibilizado e amadurecido. Reconhecer a espacialidade, o lugar e suas características, não apenas geográficas, mas dos sujeitos a quem se destina o cuidado, bem como suas dificuldades e os limites da assistência, construindo uma nova forma de pensar estratégias e ações para e com esses sujeitos. Algo mais palpável e factível de ser pensado e realizado junto ao usuário e a comunidade.

Aponta-se, ainda, a UR **representação multiprofissional** (16,92%), com a unidade de significância multidisciplinaridade:

Teve representatividade positiva, quanto ao aperfeiçoamento no trabalho interdisciplinar. O ERSC representou ainda mais a multidisciplinaridade de todos os profissionais.(E20)

A interação das atividades multiprofissionais deve ser complementar e integralizada, não basta trabalhar lado a lado, mas lançar mão de uma assistência colaborativa e resolutiva, onde a centralidade se baseie no usuário e não no profissional ou em seu ‘escalonamento’ de mais ou menos importante. Para que a rede de assistência funcione positivamente, a interdisciplinaridade é um eixo propulsor para a efetividade das ações.

Outra Unidade que emergiu foi a **experiência e aprendizado**, que concentra 63,13% das UR. Destas, destacam-se como unidades de significação ações relativas à **experiência única e crescimento pessoal e profissional**:

Experiência única desde a atuação em loco no município e entender as dificuldades e demanda da atenção básica. (E30)

Crescimento pessoal, profissional, acadêmico, além de novas perspectivas de vida. (E8)

No Estágio Rural os acadêmicos fazem a experimentação de conviver uns com os outros, em um momento da vida universitária que já se encontram na fase final de sua formação. Tudo isso, associado ao afastamento familiar e social, mudança de hábitos e costumes, impulsiona os mesmos para um amadurecimento em diferentes vertentes da vida, mesmo não sendo um tempo muito longo, pois transformações requerem certo tempo, mas o suficiente para perceberem o ambiente e que há outras variáveis que precisam fazer parte desse novo olhar, de como ele irá trabalhar e tratar o indivíduo e a comunidade daí por diante.

Ainda foram mencionadas as ações relativas à **troca de conhecimento**:

Aprendizado, troca de conhecimento, experiências únicas que levarei para toda a vida. Aula de interdisciplinaridade e motivação. (E1)

A socialização dos saberes técnicos e populares que enriquecem e aumentam as chances de intervenção, tratamento, cura e recuperação de doenças, agravos e fatores socioambientais que tanto afetam o modo de vida e conseqüentemente a saúde das pessoas.

Outra categoria apresentada foi o **profissionalismo** com 36,84% das UR, onde a US vivência na comunidade é destacada:

Vivência que trouxe aproximação com as comunidades e sensibilidade para as questões sociais, refletindo sobre o profissionalismo. (E33)

A fala do estudante exemplifica bem esse olhar sobre ser profissional, agregando saber técnico ao saber social e humanitário ao indivíduo, repensando conceitos e definições sobre qualidade e boa saúde.

Discussão

Para viabilizar mudanças na formação pro-fissional do enfermeiro, faz-se necessário estabelecer e consolidar parcerias entre instituições formadoras, municípios e rede de saúde. Devem ser repartidas responsabilidades e vinculadas ações conjuntas entre os grupos, possibilitando a promoção de novas tendências e inovações pedagógicas, na busca de novas alternativas de planejamento, estendendo e diferenciando os cenários de aprendizagem (LINO, 2011).

Na década de 1980, alguns fatos contribuíram para que a promoção da saúde pudesse ser vista com um novo olhar filosófico na execução das políticas de saúde (CASTRO, 2010). Um deles foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema “Democracia é Saúde”, passando a ser um espaço de discussão e enfrentamento pela descentralização do sistema de saúde e por políticas sociais na defesa e cuidado da vida das pessoas (BRASIL, 2006).

Na tentativa de melhorar a saúde pública na Atenção Primária de Saúde (APS), e com isso, trabalhando essencialmente na prevenção e promoção de saúde, criaram-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CABRAL *et al.*, 2016).

A ESF, por sua vez, requer um suporte para atendimento e encaminhamentos, vindo o Ministério da Saúde a criar os NASF (Portaria GM N. 154, de 24 de janeiro de 2008) (BRASIL, 2010). O NASF vem com a obrigação de concretizar as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social, por meio de estratégias conjuntas e direcionadas para o desenvolvimento humano e na promoção da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A elaboração da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS - Portaria MS/GM nº 687/2006) no Brasil resultou num grande processo de debates com todas as áreas do Ministério da Saúde, abrangendo gestores locais do SUS e universidades e um forte trabalho de oitiva dos diferentes segmentos sociais envolvidos (DIAS *et al.*, 2018). Em 2014, o Ministério da Saúde demanda a revisão da PNPS, deliberando uma colaboração entre a coordenação da PNPS e o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – GT Promoção da Saúde e Determinantes Sociais, mediado pela Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL 2013; BRASIL, 2014).

A promoção da saúde enfrenta diferentes aspectos para que sua implementação ocorra, entre estes, o amadurecimento de habilidades pessoais e a reorganização dos serviços, destacando as ações a serem construídas no loco regional com as contribuições dos indivíduos e coletividades em cada localidade e/ou território (TAVARES *et al.*, 2016).

A formação uni-versitária é um espaço fundamental para a reflexão sobre a extensão de competências, como a capacidade de avaliar, interagir, integrar e reformular as suas práticas de atuação, levando em conta a diferenciação de cada indivíduo e do coletivo. Dando enfoque aos preceitos éticos, técnicos, políticos e ambientais da sociedade, relacionando-os a saúde, entendidos como o campo de múltiplas dimensões do ser humano (GUIMARÃES e SILVA, 2010).

Destaca-se que os futuros profissionais da saúde sejam preparados e alertas a essas vertentes, presentes em todo lugar, incluindo a comunidade. Para tanto, é preciso estimular uma reflexão dos docentes, cursos, programas, disciplinas, de todos, refinando as iniciativas já existentes, embora se compreenda que, só envolver os docentes pode não representar ação suficiente para implementar mudanças (PERES *et al.*, 2016).

Contudo, características do movimento da nova promoção da saúde se misturam à visão tradicional ao destacar a relevância do empoderamento individual da comunidade com a intenção de tornarem-se autônomos e dirigentes de sua saúde e qualidade de vida (SOBRAL *et al.*, 2018). Atualmente, a imagem de promoção da saúde é compreendida como uma área de maior destaque, considerado como ações que buscam reconhecer e confrontar macros determinantes do processo saúde-doença-cuidado, assim como transformá-los em favor da saúde (BONALDI e RIBEIRO, 2014).

Para tal, o domínio “possibilidade de mudança” se apresenta pela intenção de instigar no outro a inquietação para procurar mudanças afirmativas na saúde. Busca-se o despertar de indivíduos e coletividades para agir na construção de capacidades direcionadas à ação em promoção da saúde, de forma a conseguir melhorias do nível de saúde e diminuição das iniquidades sociais (SILVA *et al.*, 2018). Além disso, a vivência com a rotina do profissional no serviço aproxima o aprendizado da academia à realidade da população, onde os acadêmicos podem interagir ativamente, reconhecendo os obstáculos da assistência e a dinâmica do serviço (EMMI; SILVA e BARROSO, 2018).

A formação em saúde no Brasil deveria ser uma política do SUS e uma proposta por parte do governo, favorecendo: concretizar a imple-

mentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); aplicar uma educação permanente local para docentes e profissionais; construir conhecimentos para a relevância no Sistema Único de Saúde (SUS) e melhoria do cuidado; unificar o ensino ao sistema de saúde, estabelecendo cooperação técnica para o bom desempenho da gestão e alocar em longo prazo, os profissionais na rede SUS (MITRE, 2008; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A caracterização da formação perpassa por mudanças educativas visando o amadurecimento de competências, interpretadas como “capacidade de atuar com eficácia em um determinado tipo de situação, amparada em conhecimentos, não se limitando a eles” (SARRETA, 2009). Para se confrontar tais demandas, é necessário está apoiado em deferentes recursos cognitivos entrelaçados, inclusive, o conhecimento. Essa construção do saber ver-fazer-resolver exige do profissional, além do conhecimento técnico, aqueles saberes adquiridos na sua prática (BREHMER, 2016; TAVARES, 2016).

A representação profissional se molda com base nas ações individuais que constroem o coletivo e espelham o aumento das intervenções sociais, na tomada de espaços que contribuam para o reconhecimento de profissionais com protagonismo para um novo saber e fazer (ERDMANN *et al.*, 2009).

A oportunidade de atuar em diferentes contextos de saúde, com diversos profissionais e equipes multiprofissionais, propicia aos graduandos a vivência de outras práticas, conhecimentos sobre outros olhares do cuidar e a realização de ações em equipe, direcionada à educação e a prevenção em saúde (DALMOLIN *et al.*, 2013).

A integração ensino-serviço é vista como um encontro da instituição de ensino e o campo de prática, uma ‘combinação de saberes próprios’, onde é preciso, pelo diálogo, chegar a consensos para se decidir as ações. Isso favorece um ‘processo vivo’ de crescimento, reconhecimento dos pares e coparticipação nas ações para atingir essa integração (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, busca-se a formação de profissionais críticos e dedicados com o seu próprio método de formação do conhecimento, quer dizer, profissionais com técnica qualificada, mas sobre tudo protagonistas de uma nova construção do aprendizado, pelo olhar da cidadania e pelo envolvimento com a mudança social, como se evidencia nos depoimentos dos estudantes (ALVES e COGO, 2014; BACKES *et al.*, 2010).

Ao se analisar o conhecimento como algo não acabado e processual, não se pode entender a educação em saúde como um segmento de ações padronizadas, mas como permuta de saberes científicos e populares. Dessa forma, estudantes e professores tendem a ser habilitados para estimular mudanças que os levem a pensar de maneira crítica, com técnicas alternativas, dinâmicas e estratégicas (QUADROS E COLOMÉ, 2016).

A educação moderna busca romper o cartesianismo, no intuito de envolver e enfatizar os aspectos subjetivos na relação que se estabelece entre os profissionais e os indivíduos envolvidos no processo de cuidado, que abrange vivências pessoais, significados, valores e diferentes formas de estar e confrontar circunstâncias cotidianas no universo das relações (NUNES; SILVA e PIRES, 2011).

A sociedade exige profissionais responsáveis, que possam refletir sobre sua realidade e que se tornem protagonistas de mudanças, acompanhados e levando consigo, o público que é foco desse processo. Para tal, essa formação só é possível, quando identifica e aponta às necessidades, reconstruindo e integrando saberes de acordo com cada realidade, no sentido que esse processo de formação ultrapasse os muros da universidade e se insira na sociedade com um olhar mais ampliado e construtivista (QUADROS E COLOMÉ, 2016).

Uma pesquisa destaca que os estudantes de enfermagem continuam a desenvolver relacionamentos interpessoais habilidades - como escuta sensível, empatia, compaixão - durante toda a sua vida, e tal desenvolvimento pode ser possível através de um processo contínuo. Vale ressaltar que é essencial criar estratégias de ensino que atuem para a expansão ou desenvolvimento dessas habilidades interpessoais, talvez nem todos eles tenham essas habilidades (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2016).

Nesse momento de formação, aparece fortalecida a relação de como está a prática profissional, demonstrando que eles buscam o “aprender a aprender”, a formação em serviço, e que essa vivência na prática cotidiana e real, agregada a uma reflexão sobre o próprio conhecimento teórico, possibilita ampliar sua preparação para a prática profissional nos diversos cenários de atuação do Sistema Único de Saúde (REIBNITZ *et al.*, 2016).

O Estágio Rural em Saúde Coletiva é uma oportunidade ímpar para o estudante vivenciar novas experiências acadêmicas e pessoais colaborando na construção do perfil do futuro profissional, direcionado principalmente para os domínios efetivos do generalista na rede do Siste-

ma Único de Saúde - SUS. Além disso, propõe-se a consolidar a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, na qual os discentes concluintes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia possam trabalhar juntos em ações de saúde no interior do Estado do Amazonas, apresentando propostas que visem auxiliar os gestores locais de saúde na construção de soluções para os problemas loco-regionais, de acordo com os preceitos do SUS (ERSC, 2013).

Diante do salto evolutivo da ciência e da tecnologia, o cuidado com essa mudança na educação não poderia ser negligenciado. Tais mudanças vieram com o cuidado da aproximação com a área de educação, e como reflexo, direto ou não, na formação profissional. Porém, o livre e fácil acesso não oportunizou apenas a qualificação para o saber e para o aprendizado, trouxe também conteúdos de pouco ou nenhum aproveitamento, chegando até, em determinados momentos, a influenciar de forma negativa ou mesmo perniciososa, a formação que ora se configura com qualidade e competência.

Cabe o cuidado de acompanhar as nuances não apenas de novas profissões, mas de seus códigos de deontologia, leis, regulamentos e resoluções, observando que todas possuem e são pautadas pelo direito e ética ao ser humano, devendo tais profissões ainda, seguir as propostas lançadas pelos órgãos de competência e apreciadas por uma reflexão coletiva entre os pares e grupos de interesse, comprometida com a excelência do atendimento.

Destaca-se que as rápidas mudanças socioeconômicas e políticas que surgem na sociedade moderna imputam enfrentamentos, para os profissionais e para as instituições formadoras. Levando-se em consideração que, para se alcançar as cobranças impostas pelo universo do trabalho, os trabalhadores de enfermagem precisam de uma boa qualificação, que está enraizada ao polidinamicismo, a multi-ação, a capacidade de julgamento e tomada de decisão, a empatia e o desafio de tensões e conflitos, entre outras habilidades, atitudes e competências. Assim sendo, faz-se mister saber superar-se, por parte das instituições formadoras, a dicotomia existente entre teoria e prática, e entre dinamismo do mundo do trabalho e certa resistência dos currículos e de professores (SOUZA *et al.*, 2017).

Nessa nova reconfiguração, as peculiaridades regionais poderiam ser atendidas, compreendendo suas características ambientais e sociais, procurando atender de forma mais efetiva e resolutive. A ideia de qualidade de vida passa a ser encarada dentro de parâmetros que na realidade favorecem diferentemente, atender às necessidades individuais e da popu-

lação, respeitando e considerando nas ações a cultura, hábitos, costumes, meio onde vivem, subsistência, economia e demais aspectos sociais.

Esses enfrentamentos ressaltam a obrigação de se criar capacidades para a atuação, com ênfase na geração de ensinamentos a fim de colaborar para novos processos decisórios, destacando a importância de entender a área cultural e os métodos locais para o desenvolvimento de programas e ações de promoção da saúde. O que exige entender a identidade, história e memória para se sentir pertencente e compreender os processos locais (TAVARES *et al.*, 2016).

Para o crescimento dessas competências, a formação necessita de estratégias de aprendizagem que possam se direcionar ao encontro da complexidade da promoção da saúde e nesta ótica exige um processo educativo que possa abranger os profissionais e seus conhecimentos técnicos em concepções holísticas de modo a contestar as situações do dia-a-dia de suas práticas de uma maneira abrangente. Além disso, precisa de uma mudança nas instituições visando o favorecimento de um aprendizado em que o agir da promoção da saúde leve em conta outros possíveis segmentos ao problematizar as demandas, como a dos determinantes sociais. Um sistema educativo com essas variáveis promove espaços de ponderação sobre os obstáculos da prática profissional e dá aos trabalhadores a chance de atuar como ator ativo no processo de estruturação do seu saber, e sujeito de redirecionamento de suas ações de promoção da saúde (TAVARES *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que a atuação do graduando como agente principal da sua própria formação acadêmica, visando superar as dificuldades, aproveitando as oportunidades que surgem para atingir o conhecimento que pretende alcançar. Quanto ao papel e atuação da enfermagem, o percurso ainda é longo, pois nesse cenário de atendimento interprofissional, os enfermeiros necessitam se posicionar para atingir o ideal de liberdade e autonomia, se mostrando enquanto agente transformador e participativo para a valorização profissional (GUSKUMA *et al.*, 2016).

Compreender a extensão e configuração da rede de atenção básica de saúde requer o conhecimento não apenas dos programas e estratégias vigentes do ministério da saúde, mas também como ela se apresenta em cada cenário. A diferenciação geográfica da Amazônia, pontuada principalmente no deslocamento dos comunitários ribeirinhos e interioranos, leva a pensar num modo mais abrangente quanto ao direcionamento de se oferta a assistência nessas regiões. Como exemplo, pode-se considerar o deslocamento de uma usuária para uma coleta de preventivo que pre-

cisaria sair de sua comunidade às 5 horas da manhã para poder chegar às 8 horas, isso se sua canoa tiver um bom motor. Há uma necessidade de um repensar sobre as estratégias a serem aplicadas nessas regiões para o efetivo resultado das ações, respeitando suas caracterizações e proporcionando o mérito da equidade da rede.

Essa caracterização do espaço geográfico também é percebida pelos acadêmicos quando se veem frente aos atendimentos e experimentam as peculiares dessas demandas, há um favorecimento para o repensar sobre essa experiência uni e multiprofissional construída a partir de dificuldades do atendimento e da população que é assistida pela imersão na vivência do ER. Tornar-se um profissional que possa compreender a atuação de outro profissional e o que ele é capaz de realizar, é a consolidação que o trabalho em conjunto e multifacetado é sem dúvida um suporte técnico e pessoal para a qualidade da assistência e o desenvolvimento de cada um enquanto indivíduo.

Conclusão

Esta pesquisa buscou compreender a percepção dos discentes sobre as aprendizagens propiciadas pela vivência do ERSC, e sua proposta de integralidade na formação profissional. O ERSC para os discentes de Enfermagem e Odontologia é a última disciplina da matriz curricular de seus cursos, enquanto que para a Medicina, após o ERSC, os discentes cumprem mais um semestre de atividades acadêmicas. Mesmo com essa diferença, todos os discentes passam pelo ERSC sabendo que nela há um diferencial de planejamento e execução na disciplina, bem como em sua proposta, e que as ações deverão ter um caráter integralizador, oportunizando e permitindo o reconhecimento das profissões entre si.

A inserção dos discentes nos municípios em que desenvolvem o ERSC exige um planejamento didático e técnico para melhor atender às lacunas existentes naquelas localidades e oferecer aos discentes as experiências de aprendizagem necessárias à finalização de sua formação profissional. Além disso, o ERSC precisa trabalhar numa perspectiva que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde da comunidade local, instrumentalizando os municípios na busca de indicadores de saúde mais pontuais e apurados da população local.

Nessa premissa, pensa-se que a construção de Projetos Pedagógicos de cursos na área da saúde precisaria prever, em determinados momentos, a interação com outros profissionais e discentes de outros cursos.

O reconhecimento do que o 'outro' é capaz de realizar enquanto ação positiva e coletiva em prol da saúde do cidadão e da comunidade favorece uma formação mais humanística e reflexiva. Ao se deparar com as potencialidades e fragilidades que o outro profissional enfrenta, o discente pode perceber que as ações conjuntas podem alcançar um nível maior de efetividade.

As competências que se deseja trabalhar para a formação do discente são melhores desenvolvidas e visualizadas uma vez que o indivíduo se percebe dentro das situações práticas, tendo oportunidade de discernir quais as necessidades de aprendizagem que precisam ser abordadas e ao mesmo tempo quais as fragilidades que os serviços apresentam e confrontá-los com o que é ensinado na universidade, oportunizando assim, um possível crescimento pessoal, profissional e do coletivo enquanto formação.

Alguns discentes vêm de semestres anteriores onde muito se fez o discurso da soberania da profissão ou da prática individualizada da assistência. Mas isso não chega a si configurar como uma limitação deste estudo, pois mesmo quando relatam esse fato, já conseguem ver que houve uma diferenciação da forma de ver o aprendizado e a própria formação, permitindo que reflitam sobre essa maneira equivocada de aprendizado e formação integrada.

Referências

ALVES, EATD e COGO, ALP. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.** 2014, mar; 35(1):102-9.

BACKES, DS; MARINHO, MGR; COSTENARO, RS; NUNES, S e RUPOLO, I. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev Bras Enferm.** 2010;63(3):421-6.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977). 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde - **PNaPS**: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2014.

_____. **Portaria nº 340, de 04 de março de 2013.** Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União 2013; 05 mar.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.466 de 12 de dezembro de 2012.** Publicada no DOU, nº12, 13 de jun de 2013. Seção 1, p.59.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 17 a 21 de mar. de 1986. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. **Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de nov. de 2001.** Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>. Acesso em: 18 ago de 2016.

BRASIL. CF - **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_compilado.htm. Acesso 28 de out. de 2016.

BREHMER, LCF; RAMOS, FRS. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(56):135-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150218.pdf>. Acesso em: 25 de out de 2018.

BONALDI, AP; RIBEIRO, MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família. **Rev APS.** 2014;17(2):195-203.

CABRAL, KFD; BATISTA, RS; FERREIRA, MAM e CERQUEIRA, FR. Análise da Eficiência na Atenção Primária à Saúde sob a Ótica dos Profissionais da Área. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS** Vol. 5, N. 2. Julho/ Dezembro. 2016.

CASTRO, AM; SPERANDIO, AMG; GOSCH, CS; ROCHA, DG; CRUZ, DKA; MALTA, DC; ALBUQUERQUE, GM; ZANCAN, L; WESTPHAL, M; NETO, OLM; DURÁN, PRF; SÁ, RF; MENDES, R; MOYSÉS, ST e MARCONDES, W. (organizadores). **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília: CEAD/ FUB; 2010.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, 2004; 14(1):41-65.

DALMOLIN, IS; PEREIRA, ER; SILVA, RMCRA; GOUVEIA, MJB e SARDINHEIRO, JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. **Rev Bras Enferm**, jun, 2013.

DIAS, MSA; OLIVEIRA, IP; SILVA, LMS; VASCONCELOS, MIO; MACHADO, MFAS; FORTE, FDS e SILVA, LCC. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):103-114, 2018.

EMMI, DT; SILVA, DMC e BARROSO, RFF. Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia. **Interface**. 2018; 22(64):223-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160655.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2018.

ER – **Estágio Rural**. 2016. Disponível em:<http://estagioruralueaamazonas.blogspot.com.br/>. Acesso em: 23 de out. de 2016.

ERDMANN, AL; STEIN BACKES, D; ALVES, A; ALBINO, AT; FARIAS, F; GUERINI, IC *et al.* Formación de emprendedores en enfermería: promover capacidades y aptitudes sociopolíticas. **Enferm Global**. 2009; 16(1):1-16. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/>. Acesso em: 10 de jul de 2018.

ERSC. **Regulamento do Estágio Rural em Saúde Coletiva**. Conselho Acadêmico da Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2013.

GUIMARÃES, DA e SILVA, ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010; 15(5):2551-62.

GUSKUMA, EM; DULLIUS, AAS; GODINHO, MSC; COSTA, MST e TERRA, FS. Mobilidade acadêmica internacional na formação em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**. 2016 set-out; 69(5):986-90.

JANKEVICIUS, JV e HUMEREZ, DC. **Conceitos Básicos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação da Área de Saúde**. 2015. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conceitos-basicos-das-diretrizes-curriculares-nacionais-dcns-dos-cursosd-graduacao-da-area-de-saude_36239.html. Acesso em: 28 de out. de 2016.

LEI nº 9.394 de 20/12/1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 28 de out de 2016.

LINO, MM; BACKES, VMS; FERRAZ, F; SCHMIDT, KR E MARTINI, JG. Posturas pedagógicas adotadas no ensino de enfermagem e saúde na região Sul do Brasil. **Rev Bras Enferm**. 2011;64(1):152-9.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo HUCITEC/ABRASCO,1993.

MITRE, SM; SIQUEIRA-BATISTA, R; GIRARDI-DE-MENDONÇA, JM; MORAIS-PINTO, NM; MEIRELLES, CA; PINTO-PORTO, C; MOREIRA, T; HOFFMANN, LM. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; 13(Supl.2):2133-44.

MOREIRA, COF; DIAS, MSA. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**. 2015;40(3):300-5.

NASCIMENTO, DDGD & OLIVEIRA, MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, 34(1), 92-96, 2010.

NUNES, ECDA; SILVA, LWS e PIRES, EPOR. Nursing professional education: implications of education for transpersonal care. **Rev Latino-Am Enferm**. 2011;19(2): 252-60.

OLIVEIRA, MAC; VERÍSSIMO, MLOR; PÜSCHEL, VA e RIESCO MLG. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Revista da Escola Enferm**. USP 2007,41(Esp):820-5. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 23 jul. 2018.

OLIVEIRA, DC. **Análise de conteúdo** temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez;16(4):569-76.

PDI-UEA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2012-2016 da Universidade do Estado do Amazonas**. Amazonas: Coordenadoria de Planejamento Institucional (organização), 2012.

PDI-UEA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2007-2011 da Universidade do Estado do Amazonas**. Amazonas: Coordenadoria de Planejamento Institucional (organização), 2007.

PERES, RR; CAMPONOGARA, S; COSTA, VZ; TERRA, MG e NIETSCHKE, EA. Saúde e ambiente: (in)visibilidades e (des)continuidade na formação profissional em enfermagem. **Esc Anna Nery**, 2016;20(1):25-32.

PEREIRA, IDF. **A formação profissional em saúde no Brasil pós 1988**: aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas Públicas. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. Coordenação do Curso de Medicina (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia. Coordenação do Curso de Odontologia (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

QUADROS, JS e COLOMÉ, JS. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.30, n.2, p.1-10, abr./jun. 2016.

REIBNITZ, KS; KLOH, D; CORRÊA, AB e LIMA, MM. Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016;37(esp): esp.68457.

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica, 2009.

SCHERER, MDA; PIRES, DEP e JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3203-12, 2013.

SILVA, KVLG; GONÇALVES, GAA; SANTOS, SB; MACHADO, MFAS, REBOUÇAS, CBA; SILVA, VM *et al.* Training of adolescent multipliers from the perspective of health promotion core competencies. **Rev Bras Enferm.** 2018;71(1):89-96.

SILVA, LAA; SODER, RM; OLIVESKI, CC e FRIZZO, MN. Program for Improvement and Revitalization of Knowledge in Nursing and Health. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(65):517-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160629.pdf>. Acesso em: 25 de out de 2018.

SOBRAL, ILL; MACHADO, LDS; GOMES, SHP; PEQUENO, AMC; NUTO, SAS e MACHADO, MFAS. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, 31(2):1-7, abr/jun, 2018.

SOUZA, NVDO; PIRES, AS; GONÇALVES, FGA; TAVARES, KFA; BAPTISTA, ATP e BASTOS, TMG. Formação em enfermagem e o mundo do trabalho: percepções de egressos de enfermagem. Año 17, v.17, n°2, **Chía**, Colombia, junio, 2017.

TAVARES, MFL; ROCHA, RM; BITTAR, CML; PETERSEN, CB e ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1799-1808, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, JG; PIEXAK, DR; BARLEM, ELD *et al.* Scientific production of nursing about self-care: an integrative review. **Cuidado é Fundamental**. 2016 jul/set; 8(3):4629-4635. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4629-4635>.

VENDRUSCOLO, C; FERRAZ, F; PRADO, ML; KLEBA, ME; REIBNITZ, KS. Teaching-service integration and its **interface** in the context of reorienting health education. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(59):1015-25.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Redescobrir-se como um profissional que é capaz de atender a demanda de sua época e adequar-se as rápidas mudanças de ideias, pensamentos e atitudes, impulsiona o profissional de saúde a querer fazer uma releitura de sua prática e atuação, chegando às vezes a não assimilar e implementar um processo de incorporações e mudanças e, já ter que passar para um próximo movimento social. Essa exigência de acompanhar uma sociedade mutável e flexibilizada, impõe ao profissional ter também, esse olhar vigilante no perfil de seu cliente e sua comunidade, sem se esquecer de olhar para suas próprias mudanças e habilidades dentro de um cenário que não pode sair do que é ético.

A influência de novas profissões e seus espaços de atuação, algumas ainda sem competências definidas, outras com ações que se confundem e se misturam com outros profissionais, até porque estes, ainda não tomaram ‘posse do seu pertencimento’ e campos de atuação. A construção desse profissional mais do que nunca, perpassa por diferentes cenários sociais que vão além da educação e saúde.

A prática do Estágio/Internato Rural interprofissional é uma das estratégias que potencialmente gera uma consonância de interesses comuns na atenção à saúde da população, com planejamento, ações compartilhadas e vivenciadas na integralidade das ações individuais e coletivas dos profissionais, bem como o reconhecimento positivo de cada uma delas para o favorecimento da atenção integral à saúde.

Essa vivência, segundo os próprios acadêmicos, foi um grande diferencial na percepção vida profissional. Poder responder, mesmo que sob supervisão, pelas demandas encontradas e que geraram o planejamento e atitudes resolutivas, os fez verem o qual é a significância dessa incursão para executar as atividades de assistência em municípios do estado do Amazonas, pois não é apenas encontrar dificuldades dentro da rede de saúde, mas a associação dessa realidade as peculiaridades da dimensão amazônica, perpassando pela característica singular de deslocamento, envolvendo desde o tipo de transporte, tempo e acesso para tais localidades, tanto para o pessoal técnico como no transporte de materiais.

Esse fato acaba por gerar um alto custo financeiro para os gestores, e também para a própria UEA, quanto à logística de inserção dos acadêmicos nos municípios. Não se pode conceber isso como um problema, mas lançar mão de planejamentos que minimizem a carência existente na rede de saúde, colaborando com os órgãos de gestão. Uma proposta

promissora e oriunda do Estágio Rural em Saúde Coletiva, seria realizar um planejamento a longo prazo das possibilidades de interação inter e transeitoriais com o intuito de resolver tais demandas, não tomando a caracterização da Amazônia como dificuldade, mas como um processo natural e que já deveria ter recebido propostas concretas e serias para a resolução de problemas seculares e que sabidamente, podem ter alternativas resolutivas, geradas de debates e discussões entre os segmentos oficiais e a sociedade civil.

REFERÊNCIAS

ALSHARIF, NZ. Cultural humility and interprofessional education and practice: a winning combination. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 2012; 76(7):1-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448458/pdf/ajpe767120.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

BANDEIRA, M. **Laboratório de Psicologia Ambiental**. Universidade de Brasília. Serie: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, n.01, Instituto de Psicologia, 2003.

BARBIANI, R; DALLA NORA, CR e SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2721. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf. Acesso em: 25 de out de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trad.s.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977). 2009.
BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. Vera Barreto. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14957-rces001-14&category_slug=janeiro-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 28 de out de 2018.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. **Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de nov. de 2001**. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>. Acesso em: 18 ago. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N° 4 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.466 de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU, nº 12, 13 de jun de 2013. Seção 1. p.59.

BRASIL. Presidência da Republica. **Lei nº 8080, de 19 de set de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília (DF); 20 set 1990, Seção 1: p.18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 28 de out de 2018.

CAMARA, AMCS; GROSSEMAN, S e PINHO, DLM. Educação Interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface** (Botucatu). 2015, vol.19, suppl.1, pp.817-829. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0817.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

CARVALHO, V. Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem – 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2012, mar-abr; 65(2):207-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a02.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2018.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**.2004;20(5):1400-10. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n5/1400-1410/pt>. Acesso em: 28 de out de 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8 ed. São Paulo: Cortez.2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed, COSTA, JE (Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995). 2009.

DECRETO Nº 20.109, de 15 de Junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Rio de Janeiro, 15 de junho de 1931, 110º da Independência e 43º da República. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacaooriginal-83805-pe.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

DECRETO Nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 1/2/1924, Página 3199 (Publicação Original). Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

ECHER, IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.5-20, jul, 2001.

FETTERMANN, FA; SCHOLZ, DCS; TORRES, OM e BALK, RS. Construção e vivência do VER-SUS pampa: um relato de experiência. 2014. **Revista de Enfermagem UFPE**. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/19541>. Acesso em: 25 de out de 2018.

FREIRE, P. 1921-1997. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Paulo Freire. 25 ed - São Paulo: Paz e Terra, 2002. (Coleção Leitura).

FREIRE, P. 1921-1997. **Política e educação: ensaios**. Paulo Freire 5 ed - São Paulo, Cortez, 2001. (Coleção Questões de Nossa Época; v.23).

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**. Cartas a quem ousa ensinar. Editora Olho d'Água. São Paulo. 1997.

FREITAS, HMR; CUNHA, MVM, Jr. e MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, 32(3), p.97-109.1997.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. Educação à Distância. **Curso de Especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde**. Cad. Especializando. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v35n1/v35n1a12.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2018.

JANKEVICIUS, JV e HUMEREZ, DC. **Conceitos Básicos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação da Área de Saúde**. 2015.

LEÃO, VM; SANCHES, LC; GARBELINI, VMP; RIBEIRO, ER e GARBELINI, MCL. Integração entre os cursos de medicina e de enfermagem nas escolas de saúde no estado do Paraná. **Rev Espaço para a Saúde**. 2018, Ago;19(1):9-20. Disponível em: <http://espaco.parasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/588/pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

LEI Nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Rio de Janeiro, 6 de agosto de 1949; 128º da Independência e 61º da República. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

LEI Nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/1/1920, Página 437 (Publicação Original). Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacao-original-93627-pl.html. Acesso em: 24 de out de 2018.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, DF e BENITO, L. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p.153-166,jul./dez.2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810/3274>. Acesso em: 28 de out de 2018.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo HUCITEC/ABRASCO,1993.

MITRE, SM; SIQUEIRA-BATISTA, R; GIRARDI-DE-MENDONÇA, JM; MORAIS-PINTO, NM; MEIRELLES, CAB; PINTO-PORTO C *et al*. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2014;13(Sup.2):2133-44.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

NEVES ALD, DRAGANOV PB, SANNA MC. Ensino da história da administração em enfermagem: estratégia de construção da linha do tempo. **Cuidado é Fundamental**, 2013. jul./set. 6(3):1068-1077.

NUTO, SAS; LIMA JÚNIOR, FCM; CAMARA, AMCS e GONÇALVES, CBC. Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 41(1):50-57; 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0050.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

OLSON R, BIALOCERKOWSKI, A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. **Medical Education**, 2014; 48:236-246. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/medu.12290>.Acesso em:28 de out de 2018.

OLIVEIRA, MAC; VERÍSSIMO, MLOR; PÜSCHEL, VA e RIESCO, MLG. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Revista da Escola Enferm. USP** 2007,41 (Esp):820-5. Disponível em: www.ee.usp.br/re USP/. Acesso em: 23 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde/OPAS-2010. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde. **Enfermagem & Obstetrícia**. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en. Acesso em: 28 de out de 2018.

PORTO F, CAMPOS, PFS e OGUISSO, T. Cruz Vermelha Brasileira (filial São Paulo) na imprensa (1916-1930). **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009, jul-set; 13 (3): 492-99. Disponível em: revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=451. Acesso em: 28 de out de 2018.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem. Coordenação do Curso de Enfermagem (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. Coordenação do Curso de Medicina (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

PPC – Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia. Coordenação do Curso de Odontologia (Organização e Coordenação). Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2016. rev e ampl.

REGULAMENTO do Estágio Rural em Saúde Coletiva - ERSC. Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Amazonas. 2013.

RESOLUÇÃO N.63/2013-CONSUNIV. Conselho Universitário. Universidade do Estado do Amazonas. 2013. Publicada no DOE em 30 de out de 2013, Publicações Diversas, ps.13 e 14. Disponível em: <http://data.uea.edu.br/ssgp/area/1/res/2282-62.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

RESOLUÇÃO N.031/2011 - CONSUNIV-UEA. Aprova a concessão de auxílio-estágio aos alunos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da UEA, aptos a realizarem Estágio Curricular Rural em Saúde Coletiva em municípios do Interior do Estado do Amazonas. 19 de ago de 2011. Conselho Universitário. Universidade do Estado do Amazonas. 2011. Disponível em: <http://data.uea.edu.br/ssgp/area/1/res/601-32.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

ROSA, MVFPC e ARNOLDI, MAGC. **A entrevista na pesquisa qualitativa:** mecanismos para a validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112p.

SILVA MG, FERNANDES JD, TEIXEIRA GAS, SILVA RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 176-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

SILVEIRA, RP e PINHEIRO, R. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, abr.-jun. 2017, p.371-390.

TAROCO, APRM; TSUJI, H e HIGAL, EFR. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 41(1):12-21; 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0012.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2018.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem.** Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

TSUJI, H e SILVA, RHA. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco:** do modelo biomédico ao humanístico. São Paulo: Phorte, 2010.

VERGARA, SC. **Método de Pesquisa em Administração.** São Paulo: Atlas. 2005.

YAREMKO, RK; HARARI, H; HARRISON, RC & LYNN, E. **Handbook of research and quantitative methods in psychology**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1986.

YIN, RK. **Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman.1994.

APÊNDICE A

Questionário para os acadêmicos

Questionário nº: _____

1ª Parte: **Caracterização dos sujeitos**

- a) Idade: () 20-24 () 25-28 () 29-32 () 33-36 () 37-40 ()
Acima de 40 anos.
- b) Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Outros: _____.
- c) Curso: () Enfermagem () Odontologia () Medicina
- d) Município de origem: _____.
- e) Renda Familiar: () menos de 1 salário mínimo
() 1 salário mínimo () de 2-3 salários mínimos
() 3 ou mais salários mínimos.
- f) Município que realizou o ERSC: _____.
- g) Período que realizou o ERSC: _____.
- h) Tipo de moradia durante o ERSC: _____.
- i) Tipo(s) de deslocamento para o município: _____.
- j) Duração do tempo de deslocamento (ida e retorno): _____.
- k) Prof. que acompanhou o ERSC: _____.
- l) Preceptor que acompanhou o ERSC: _____ Formação: _____

2ª Parte: **Dados específicos da pesquisa**

m) O seu pensamento sobre o ERSC permaneceu o mesmo após ter sido realizado?

n) Considerando sua vivência no ERSC, o que ela representou para sua formação/profissão?

o) E o que pessoalmente o ERSC representou?

p) Quanto as ações realizadas durante o ERSC, como elas foram planejadas?

q) Você conseguiu visualizar as ações de cada profissão?

r) Você conseguiu identificar as ações trabalhadas em conjunto? Se sim, em qual momento isso aconteceu?

s) Haveria alguma sugestão quanto ao que é apresentado e realizado na disciplina de ERSC?

3ª Parte: Formação pedagógico-técnica e de assistência

Tabela 1: Formação

Questões	Escala					
	1	2	3	4	5	RM
t) A formação na ESA/UEA me preparou para realizar a disciplina de ERSC.						
u) Em alguns momentos outras disciplinas e professores trabalharam a interdisciplinaridade.						
v) A preparação recebida na 'semana preparatória' deu conta das informações necessárias para me apropriar do que é o ERSC.						
x) Na execução das atividades realizadas no ERSC, compreendi a dinâmica da assistência em equipe interdisciplinar.						

Observação:

Escala tipo Likert: Grau de concordância.

[1] Discordo Totalmente... [2]... [3]... [5]Concordo Totalmente

Outras:

Tabela 2: Execução Atividades

Questões	Escala					
	1	2	3	4	5	RM
z) Na execução das atividades houve facilitadores oriundos da gestão local junto ao ERSC.						
az) Na execução das atividades houve dificultadores oriundos da gestão local junto ao ERSC.						
bz) A interação do grupo foi algo decisivo para a execução das ações, permitindo que os objetivos fossem alcançados.						
cz) Minhas sugestões e participação foram relevantes para a execução das atividades quando envolviam ações gerais.						

Observação:

Escala tipo Likert: Grau de concordância.

[1] Discordo Totalmente... [2]... [3]... [5]Concordo Totalmente

dz) Há algo pertinente que gostaria de acrescentar?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 - Dados de Identificação do Participante da Pesquisa

1.1 - Participante: _____

1.2 – Curso de Origem: _____

1.3 - Pseudônimo: _____

1.4 - Sexo: () Masculino () Feminino Data de nascimento: __/__/__

2 - Dados Sobre a Pesquisa Científica

2.1 Título do Protocolo de Pesquisa: “Enfermagem, Medicina e Odontologia: regionalidade e interdisciplinaridade na vivência do estágio rural”

2.2 Coordenadora: Cássia Rozária da Silva Souza - Cargo/Função: Enfermeira, Professora da Universidade do Estado do Amazonas. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Inscrição Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas No. 80.432.

2.3 Incômodos e Potenciais Riscos da Pesquisa: (X) Tipo I - A participação no Protocolo de Pesquisa poderá implicar no risco do desconforto de forma transitória, ocasionado no relacionamento entre o pesquisador e o participante; no desconforto de responder alguns questionamentos relacionados a vivência quanto ao Estágio Rural; no desconforto de cada participante necessitar socializar sua experiência em grupo, para outras pessoas, acerca dos contextos das atividades realizadas durante o Estágio Rural. Os procedimentos a serem utilizados não têm o potencial de causar danos à integridade física dos participantes, no entanto, quaisquer riscos ou desconfortos serão minimizados e será dada assistência integral ao participante, e caso este queira desistir, terá total liberdade para fazê-lo a qualquer tempo.

2.4 Duração da Pesquisa: período de dezembro de 2017 a 30 de dezembro de 2018.

3 - Registro das Explicações do Pesquisador ao Participante Sobre a Pesquisa.

3.1 Justificativa e Objetivos da Pesquisa: O projeto articula pesquisa e participação, numa perspectiva que promove experiências compartilhadas em torno dos objetos: Compreender as contribuições do ERSC para a formação dos discentes de Enfermagem, Medicina e Odontologia da

ESA/UEA. E objetivos específicos: Identificar na literatura publicada, nos últimos dezessete anos, as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem em termos da formação do enfermeiro; Conhecer as contribuições do ERSC para a formação dos profissionais, na perspectiva dos discentes; Sistematizar a percepção dos discentes sobre as aprendizagens propiciadas pela vivência do ERSC.

3.2. Procedimentos que Serão Propostos: Será aplicado um questionário pela pesquisadora Cássia Rozária da Silva Souza, aluna do Programa de Doutorado Interinstitucional DINTER UFSC-UEA. Nesse questionário, o participante informará qual visão que ele possui sobre o Estágio Rural em Saúde Coletiva, assim como o reflexo dessas intervenções nos municípios para os discentes dos cursos Enfermagem, Medicina e Odontologia.

3.3 Benefícios que Serão Obtidos: Os participantes da pesquisa não terão qualquer benefício financeiro proveniente desta pesquisa. Todavia, estarão contribuindo com o estudo de um advento que ainda é pouco conhecido quanto as suas consequências. A participação no estudo é confidencial, sendo preservada a identificação dos participantes. Deste modo, fica assegurado também que os resultados da pesquisa somente serão utilizados para este fim a que está proposto, qual seja, de âmbito acadêmico e científico.

3.4 Exposição dos Resultados e Preservação da Privacidade: Os resultados obtidos na pesquisa serão analisados e publicados sem que haja identificação dos Participantes. Será mantido sigilo e anonimato completo sobre a imagem, identidade pessoal e profissional na apresentação dos dados, conforme padrões éticos e a legislação vigente. Todos os participantes envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa, bem como indenização caso ocorra dano comprovado resultante da sua participação na pesquisa.

3.5 Liberdade de Recusar ou Retirar o Consentimento: A permissão para participar do projeto é voluntária. Portanto, os participantes estarão livres para retirar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo ao andamento de seu trabalho na Unidade de Saúde.

3.6 Esclarecimentos Antes e Durante a Pesquisa: Quaisquer perguntas o Protocolo de Pesquisa ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão fornecidas.

3.7 Procedimentos alternativos e garantias aos sujeitos da pesquisa:

Cada participante da pesquisa receberá uma cópia deste documento, onde consta o endereço e telefone do Coordenador da Pesquisa e do Comitê de Ética e Pesquisa da UEA, órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, com fulcro para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade. As dúvidas sobre a pesquisa e a participação na mesma podem ser esclarecidas a qualquer momento por meio dos seguintes contatos:

Pesquisadora: Cássia Rozária da Silva Souza: Escola Superior de Ciências da Saúde/UEA. Coordenação de Enfermagem. End.: Av. Carvalho Leal, 1777. Cachoeirinha. Prédio Administrativo. 4º Andar. CEP: 69.065-001. Manaus-Amazonas. E-mail: crsouza@uea.edu.br. Tel.: (92)3878-4351 / (92) 99987-3106.

Comitê de Ética em Pesquisa da UEA: Escola Superior de Ciências da Saúde/UEA. End.: Av. Carvalho Leal, 1777. Cachoeirinha Prédio Administrativo. 3º Andar. CEP: 69.065-001. Manaus-Amazonas. E-mail: cep@uea.edu.br. Tel./Fax:(92)3878-4368.

3.8 Amparo Legal: O Protocolo de Pesquisa está fundamentado na Resolução 466/2012 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos. As informações obtidas no estudo serão de caráter confidencial.

IV – Consentimento Pós-Esclarecido

<p>Eu, Cássia Rozária da Silva Souza, declaro que forneci todas as informações referentes ao Protocolo de Pesquisa.</p> <p>Manaus(AM), ____ / ____ / ____.</p> <hr/> <p>Assinatura do Pesquisador</p>	<p>Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo(a) pesquisador(a), e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.</p> <p>Manaus(AM), ____ / ____ / ____.</p> <hr/> <p>Assinatura do Participante da Pesquisa</p>
---	--

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



CARTA DE ANUÊNCIA

A **Universidade do Estado do Amazonas**, sob o CNPJ 04.280.196/0001-76 por intermédio da **Escola Superior de Ciências da Saúde**, com sede à av. Carvalho Leal, nº 1777, bairro Cachoeirinha, CEP: 69.065-001, na Cidade de Manaus, Estado Amazonas, no Brasil, abaixo assinada e representado pelo **Prof. M. Sc. Darlisom Sousa Ferreira**, na qualificação de **Diretor da Escola Superior de Ciências da Saúde**, vem, por meio desta, apresentar **anuência** desta Instituição para o Projeto de Pesquisa da Sra.: **Cássia Rozária da Silva Souza** intitulado: **"ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA: REGIONALIDADE E VIVÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL"** a ser realizado nesta unidade acadêmica.

Comunicamos que a **profa. Profa. Dra. Jussara Gue Martini** será a orientadora responsável, e informamos que o trabalho de pesquisa será realizado no período de dezembro de 2017 a junho de 2018, nesta Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA.

Sem mais para o momento, abaixo subscrevo-me.

Manaus, 07 de dezembro de 2017.

Prof. M. Sc. Darlisom Sousa Ferreira
Diretor da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA

UEA

Universidade do Estado do Amazonas
Estrada do Sítio Universitário, s/nº - 69065-001 - Manaus - AM

ANEXO 2 – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

02/04/2018

Plataforma Brasil

Saúde



CASSIA ROZÁRIA DA SILVA SOUZA - Pesquisador | V2.2

Cadastro

Seu perfil expõe em: 37/04/27

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA: REGIONALIDADE E VIVÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL
 Pesquisador Responsável: CASSIA ROZÁRIA DA SILVA SOUZA
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 81296317.8.0003.0016
 Submissão em: 18/12/2017
 Situação da Pesquisa: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS



Comprovante de Receção: PE_COMPROVANTE_RECEPCAO_1056633

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PC) - Versão 1
 - Projeto Original (PC) - Versão 1
 - Curtido dos Assistentes
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Receção - Submissão 1
 - Cronograma - Submissão 1
 - Declaração de Instituição e Infraestrutura - Sub
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Submissão 1
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigador - Sub
 - TCE / Termos de Assentamento / Justificativa d
 - Aprovação 1 - Universidade do Estado do Amazon
 - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

- LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Aprovação *	CAAE *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Situação *	Tipo *	R.C. *
-------------	--------	---------------------------	-------------------	---------------	------------	--------	--------

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Aprovação	Data/hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	25/01/2018 10:53:29	Parecer liberado	1	Coordenador	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	PESQUISADOR	
PO	25/01/2018 10:48:32	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	25/01/2018 10:33:46	Parecer do relator emitido	1	Coordenador	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	08/01/2018 12:50:28	Aceitação de Elaboração de Relatório	1	Coordenador	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	22/12/2017 22:21:52	Confirmação de Indicação de Relator	1	Coordenador	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	18/12/2017 12:32:59	Indicação de Relatoria	1	Secretária	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	19/12/2017 12:02:37	Aceitação do PP	1	Secretária	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	
PO	18/12/2017 16:56:47	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	

