

# Formação interprofissional e produção do cuidado:

## análise de uma experiência

artigos

Angela Aparecida Capozzolo<sup>(a)</sup>Sidnei José Casetto<sup>(b)</sup>Stella Maris Nicolau<sup>(c)</sup>Virgínia Junqueira<sup>(d)</sup>Daniela Caetano Gonçalves<sup>(e)</sup>Viviane Santalucia Maximino<sup>(f)</sup>

Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1675-84.

This article This article aims to present and analyze an interprofessional education experience that started in 2008 involving third-year students of the undergraduate courses of Physical Education, Nutrition, Psychology, Physiotherapy and Occupational Therapy of a public university. During the semester, teams of different students supervised by two teachers each, also from different professional areas, provided weekly care service and developed care projects aimed at specific people/groups chosen by the service team. The methodology included the production of narratives of significant situations experienced by the teachers in their education activities. Based on these narratives, the issues presented in this education proposal were detected. The discussion of these issues showed potential common interventions and the challenges faced by teacher supervision in maintaining the students' experience and enabling the creation of a clinic that values the users' perspective.

**Keywords:** Healthcare. Supervision. Interdisciplinary team. Professional education. Teaching.

Este artigo tem como objetivo apresentar e analisar uma experiência de formação interprofissional que ocorre desde 2008, envolvendo estudantes do terceiro ano de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional de uma universidade pública. Ao longo do semestre, equipes mistas de estudantes, supervisionadas por duplas de docentes, também de diferentes áreas profissionais, realizam atendimentos semanais e elaboram projetos de cuidado para pessoas/grupos selecionados por equipes dos serviços. A metodologia utilizada envolveu a produção de narrativas de situações marcantes vivenciadas por docentes nas atividades de ensino, das quais foram discernidas questões que têm se colocado nesta proposta de formação. A discussão de tais questões indicou as potencialidades de intervenções em comum e os desafios da supervisão docente para sustentar a experiência dos estudantes e possibilitar a constituição de uma clínica que valorize a perspectiva dos usuários.

**Palavras-chave:** Cuidado em saúde. Supervisão. Equipe interdisciplinar. Educação profissional. Docência.

<sup>(a, b, c, f)</sup> Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Instituto de Saúde e Sociedade (ISS), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Silva Jardim, 136, Térreo, Vila Mathias, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11015-020. capozzolo.angela@gmail.com; sidneicazeto@uol.com.br; stellamarisnicolau@gmail.com; vivimax9@gmail.com

<sup>(d)</sup> Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil. virginiaj@uol.com.br

<sup>(e)</sup> Departamento de Biociências, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil. dacaetanog@gmail.com

## Introdução

Por favor, veja se os meninos podem vir aqui na casa do Sr. Duarte agora. O dextro deu normal e o combinado foi que, se ele conseguisse controlar a glicemia, iríamos levá-lo para a caminhada. Chame os alunos fortes porque temos que descer quatro andares com a cadeira de rodas e ele é bem pesado. (Narrativa docente)

Em pouco tempo éramos oito pessoas, entre docentes e estudantes, em torno do Sr. Duarte, pensando a melhor maneira de tirá-lo de casa. Era a primeira vez, em meses, que ele iria sair desde a amputação da sua segunda perna devido a complicações do diabetes. Era uma tarefa difícil – o Sr. Duarte era obeso e morava no quarto andar de um prédio sem elevador –, mas estávamos todos muito animados. E descemos as escadas para nos juntarmos a outros moradores, estudantes, docentes e profissionais dos vários serviços da região para uma caminhada contra a violência.

O acompanhamento do Sr. Duarte por equipes de estudantes do terceiro ano de graduação no módulo “Clínica integrada: produção do cuidado” teve início na sua internação hospitalar, oito meses antes desse episódio. A alta sem encaminhamento para reabilitação foi notada por estudantes e docentes que o acompanhavam no hospital. Verificaram que ele morava em uma região da cidade que também recebia estudantes e docentes desse módulo nos serviços de atenção básica. Dessa forma, apostando na importância de estabelecer redes de cuidado por meio da articulação entre equipes e serviços, o grupo do hospital acionou o da unidade básica e juntos fizeram uma visita domiciliar ao Sr. Duarte, que ficou muito feliz em rever os que o haviam acompanhado, ao mesmo tempo em que era apresentado ao novo trio de estudantes e à dupla de docentes que seguiria com o seu acompanhamento.

As histórias deste usuário e de sua mulher foram retomadas com a equipe de saúde da família de referência. A princípio, constatou-se diabetes de difícil controle, dependência acentuada nas atividades de vida diária devido à dupla amputação e à retinopatia e a necessidade de fazer enfaixamento para diminuir o edema e sensibilidade do coto da perna recém-amputada. A equipe de saúde queixava-se que o paciente não seguia suas recomendações. De fato, parecia ser muito difícil para a família mudar os padrões de alimentação, introduzir alguma atividade física e utilizar a insulina de forma correta. A equipe insistia que já havia dado as instruções e que, apesar das visitas da agente comunitária de saúde, das enfermeiras e da médica, não via mudança no caso.

A postura da equipe gerou, no grupo de estudantes, diversos sentimentos e opiniões. A princípio, indignação: “como poderiam dizer que não havia muito mais a ser feito com o Sr. Duarte? Um homem tão simpático e amoroso, cheio de vontade de viver, animado, apesar de sua situação?” Ao mesmo tempo, ao constatar que ele mantinha seus hábitos alimentares e mau uso da medicação e que havia inúmeras dificuldades para a realização de ações técnicas que haviam aprendido, os estudantes demonstraram desânimo. “O que podemos propor? Ele parece que só quer conversar. Conta histórias do seu passado, mostra as músicas que mais gosta, quer saber quem somos nós... mas o que podemos fazer como profissionais aqui?”

Entre a crítica à equipe e a impotência no combate aos sintomas, foi necessário recriar horizontes para um cuidado possível. O primeiro passo foi olhar para além dos sintomas. A ampliação da escuta e da observação direcionou-nos para outras necessidades e desejos: sair de casa, ter companhia, sentir-se produtivo, aumentar a independência. E também cuidar do coto, melhorar a acessibilidade na casa, estudar outras possibilidades medicamentosas e escutar a esposa, sua cuidadora principal.

Cada uma destas necessidades/desejos motivou ações por parte dos estudantes, tais como: tocar violão e cantar, ver filmes, ouvir rádio e responder charadas, disponibilizar o telefone pessoal para uma conversa durante a semana, tirar fotografias, auxiliar no banho, mudar os móveis de lugar, construir pesos com garrafas PET cheias de areia para fazer musculação, entrar em contato com o serviço de reabilitação para verificar a possibilidade de uma segunda prótese, etc. Essas estratégias desdobravam-se em idas e vindas, em uma dinâmica de esperança e decepção, raiva e consolo, elaboração e reelaboração de hipóteses e ações.

Era perceptível que as ações realizadas pelos estudantes semanalmente estavam contribuindo para o cuidado do Sr. Duarte, que, no entanto, seguia com os níveis glicêmicos altos. Apenas no fim do semestre, estimulado em participar de uma caminhada, ele conseguiu normalizá-los. Sim, parecia possível o controle do diabetes, desde que isso mobilizasse o seu desejo. O acompanhamento desse usuário prosseguiu por cinco anos com a dupla de docentes e com uma nova equipe de estudantes a cada semestre.

Perceber os limites das ações prescritivas e isoladas de cada área profissional, bem como a potencialidade daquelas que se inventam em conjunto, e que não necessariamente seriam específicas de alguma das profissões, são objetivos deste módulo que integra o eixo curricular Trabalho em Saúde, comum aos cursos de Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista<sup>1</sup>.

Nas práticas predominantes de formação, os profissionais de saúde aprendem um conjunto de teorias acerca de quais são as necessidades a que devem responder, e com quais técnicas devem fazer isso. Mendes Gonçalves<sup>2</sup> alerta, no entanto, que não há nenhuma necessidade “natural”. A própria existência do trabalho em saúde não é natural, mas histórica e socialmente determinada.

A tendência, sobretudo quando os atendimentos são por categoria profissional ou por especialidade, é recortar e interpretar a demanda segundo o quadro de referências da área profissional<sup>3</sup>. Entretanto, a exposição ao cotidiano de um usuário tende a mostrar os limites dos saberes e técnicas de que se dispõe: como aumentar a acessibilidade para um cadeirante obeso que mora em um prédio de quatro andares sem elevador? Como controlar seu diabetes sem a adesão a uma dieta restritiva? A insuficiência de nossos recursos parece ficar mais evidente quando confrontados com a vida do usuário, fora dos consultórios ou enfermarias.

A composição de equipes interprofissionais costuma ser pensada como solução<sup>4</sup>. Entretanto, o objeto de cada profissão de saúde não coincide com os das demais, de modo que a justaposição de todos não parece recompor uma suposta unidade perdida<sup>3</sup>. Como integrar as ações e, mais do que isso, interrogar o modo como identificamos e apreendemos as necessidades de atenção?

Vasta produção crítica do campo da saúde tem destacado os limites das formações predominantes, com suas ênfases na dimensão biológica do adoecimento e na especialização e fragmentação dos conhecimentos e das áreas disciplinares, que resultam em práticas descontextualizadas e distanciadas das necessidades de saúde da população. Essas críticas têm subsidiado movimentos de mudanças na formação em Saúde com propostas que visam ampliar o diálogo entre as diferentes áreas profissionais, diversificar cenários de prática e problematizar as compreensões e intervenções restritas ao corpo biológico ou ao risco de adoecer dos usuários<sup>1,4-7</sup>.

O tema do cuidado – considerar os diversos modos de existir, os saberes, desejos e possibilidades dos usuários – tem sido abordado por diversos autores<sup>8-13</sup> como importante para reorganizar as práticas e os processos de trabalho em saúde. Expor os estudantes a vivências em diferentes territórios e cenários de práticas, e, sobretudo, colocar o cuidado como central na formação, têm orientado as atividades de ensino interprofissional do Eixo Trabalho em Saúde<sup>1</sup>.

## A experiência de formação interprofissional no Eixo Trabalho em Saúde

As atividades de ensino do Eixo Trabalho em Saúde percorrem os três primeiros anos de graduação e estão voltadas para formar profissionais com recursos para oferecer um cuidado que considere as complexidades e singularidades envolvidas no adoecer, bem como as dimensões ética, política e relacional presentes no trabalho em saúde<sup>1</sup>.

A principal estratégia pedagógica do eixo é expor os estudantes ao contato com pessoas e seus diferentes modos de viver com a responsabilidade de realizar intervenções, de modo a exercitar as várias dimensões do trabalho em saúde. Os módulos são semestrais e abordam questões transversais: conceito de saúde, políticas públicas, organização dos serviços, trabalho em equipe, o cuidado, a escuta, ética, responsabilização, entre outros<sup>1</sup>.

O módulo “Clínica integrada: produção do cuidado” é oferecido, desde 2008, no terceiro ano de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Sua

carga horária é de quatro horas semanais, totalizando oitenta horas. Trata-se de um módulo teórico-prático que envolve, a cada semestre, 120 estudantes e 18 docentes de diferentes áreas profissionais e disciplinares.

Na primeira aula, a partir da apresentação inicial do módulo, os estudantes de cada curso escolhem o campo em que gostariam de se inserir e são montadas turmas mistas com cerca de 12 alunos, que se distribuem em nove serviços diferentes da cidade de Santos, incluindo serviços de atenção básica, de saúde mental, um hospital e um espaço de cultura. Cada equipe é supervisionada por dois docentes de áreas diferentes que semanalmente vão a campo com os alunos. Os docentes, em contato com os profissionais dos serviços, selecionam casos ou grupos que possam receber uma dupla ou trio de estudantes (miniequipes) para a realização de um projeto de cuidado durante um semestre. A cada campo, os estudantes realizam encontros com os usuários (em grande parte nos domicílios) e produzem um diário com a descrição das atividades realizadas, as impressões e sentimentos mobilizados nesse encontro. Esses diários subsidiam as supervisões, em geral, realizadas nos serviços.

Alguns aspectos deste módulo merecem ser destacados. Um deles é a aposta no aprendizado pela experiência<sup>1</sup>. Os casos não são selecionados sob medida para os estudantes praticarem tecnologias que já tenham aprendido. O mais frequente é que, deparando-se com situações difíceis, percebam que, em sua “caixa de ferramentas”, faltam instrumentos que sejam apropriados para o caso. O sentimento inicial de impossibilidade de intervenção é bastante comum; pretende-se, porém, ultrapassá-lo com as possibilidades inventivas que se produzam.

Outro aspecto é a aposta na singularidade do cuidado. O módulo é antecedido por outros do eixo em que as dimensões social, econômica e subjetiva da saúde são exploradas. Vai-se até territórios onde encontram-se pessoas em situação de vulnerabilidade, conhece-se o contexto de vida e as condições em que estão submersos, de modo a aproximar-se da peculiaridade de cada situação. Trata-se de treinar o trabalho clínico, de reconfigurar a teoria e a técnica segundo uma história particular e os interesses que o atendido possa ter. Onde a realidade é a mais difícil, a arte da clínica é imprescindível. Temos denominado de “clínica comum” esta constituída por profissionais de diversas áreas, que se arriscam no trabalho “entreprofissional” – aquele operado nos interstícios das fronteiras de áreas, por meio de ações que não são reivindicadas como prerrogativas específicas –, e aquela que se inventa a cada situação<sup>1,14</sup>.

Um terceiro aspecto é a ida a campo de docentes e estudantes ao encontro dos usuários em suas casas ou local de vida. Essa prática exige a viabilização de transporte por parte da universidade, o que precisa ser seguidamente defendido, sobretudo em tempos de cortes de recursos. Porém, ela desloca, também no sentido figurado, estudantes e docentes de sua área de segurança. Isso porque nossas regras valem melhor no ambiente acadêmico ou no espaço físico dos serviços. Fora dele impera o imprevisto, tornando o controle antecipado da missão, impossível. Há que aprender a negociar nossos saberes, a rever o planejado cotidianamente, a conviver com fracassos.

Um quarto aspecto diz respeito à supervisão das equipes de estudantes feitas por uma dupla de docentes. Sendo cinco os cursos de Saúde, as equipes têm docentes de duas áreas que, portanto, supervisionam alunos de outros cursos. Assim, uma dupla composta por docentes da Terapia Ocupacional e da Nutrição, por exemplo, tem sob sua responsabilidade estudantes também da Educação Física, da Fisioterapia e da Psicologia.

A despeito da diversidade de referências de que partimos, a aproximação à realidade parece favorecer os nexos interprofissionais. Talvez pelo fato de os problemas encontrados amiúde superarem nossa capacidade de intervenção, tendemos a ser mais receptivos ao trabalho interprofissional e abertos à elaboração de estratégias não convencionais. A defesa de nossos “territórios” profissionais perde o foco frente à impotência que se pode sentir diante da dor e das dificuldades do outro. Nada garante, porém, que isto aconteça: que a situação concreta de uma vida faça-nos vê-la em sua complexidade; que o encontro de profissionais produza um sentimento de amparo mútuo e abertura ao novo. Pode-se resistir a tudo isso, e talvez esta seja mesmo a primeira reação a ser esperada, como vemos frequentemente acontecer.

Este artigo tem como objetivo apresentar questões com as quais temos nos deparado nesta proposta de formação centrada no cuidado. Para tal, utilizamos como metodologia a produção de narrativas de situações marcantes vivenciadas por docentes, autores deste artigo, que integram o

módulo. As narrativas foram lidas e analisadas coletivamente, sendo que, para esta publicação, foram priorizadas questões agrupadas nos temas “Alguns desafios da supervisão”, “Considerar diferentes perspectivas” e “Uma atenção aos incômodos”.

### Alguns desafios da supervisão

Percebe-se que cada docente que acompanha os estudantes no módulo recorta o caso de uma maneira; filtra e escolhe aspectos; e interpreta-o sob seu referencial, pautado por sua trajetória profissional e pessoal<sup>1</sup>. Além disso, quando supervisiona estudantes de outra profissão, tende também a oferecer a eles o seu enquadre. Ciente disto, o docente pode se esforçar para tratar o caso segundo as várias visões trazidas pelos estudantes e pelo colega de outra área com quem compartilha a supervisão e, nesse exercício, sair enriquecido. Mas essa postura exige que ele faça um exercício de suspensão de seu saber para ouvir o outro. Um exercício difícil, na medida em que, estando ali para ensinar, posição legitimada por uma suposta diferença de conhecimento e experiência, deve colocar-se também na posição de quem aprende, inclusive com quem, supostamente, saberia menos.

A supervisão procura ajudar o aluno a deslocar-se da ação, estimulando espaços de pensamento e fazendo com que a vivência possa se transformar em experiência, de modo que suas marcas sejam incorporadas como conhecimento. O docente deve, portanto, viabilizar um enquadre de ensino-aprendizagem em que os estudantes possam pensar e agir, agir e pensar<sup>15</sup>. No caso do módulo em questão, trata-se de apoiar uma equipe composta de estudantes de diversos cursos que devem, ao mesmo tempo, constituir-se como grupo e propor intervenções. O docente desempenha um papel de coordenação deste grupo, mas uma coordenação que deve, a todo momento, decidir o quanto interferir e o quanto aguardar, permitindo que os estudantes se organizem e se desorganizem, modificando-se. Trata-se de um acompanhamento próximo o bastante para favorecer a ação do grupo e agir, caso seja necessário, e distante o suficiente para não inibir ou ocupar o lugar dos estudantes.

Como provocar o pensamento ali onde parece grassar lugares comuns, frases de efeito e simplificações? Como fazer a fala circular sem que ninguém assuma o lugar de dono da verdade? Como lidar com o corporativismo em nós, preocupados com as prerrogativas da profissão? Como sustentar a experiência?

A narrativa a seguir expõe algumas tensões vividas pelos docentes nas atividades que ocorrem em uma organização não governamental de arte e cultura em uma região de alta vulnerabilidade social. Uma equipe de estudantes procura criar vínculos com um grupo de mulheres e propor práticas artísticas e corporais visando ao cuidado em saúde.

Os estudantes estão divididos em duplas que são referência para cada uma das mulheres, de maneira a estabelecer relações mais próximas para detectar demandas singulares. O conjunto dos estudantes deve planejar e coordenar o grupo.

Os estudantes propuseram uma atividade para o grupo das mulheres: uma caixa com perguntas variadas. “Qual é sua maior qualidade?” “O que você gostaria de aprender?” “Quem é um herói para você?” Cada mulher deveria tirar uma questão diferente e responder. Consideramos que seria mais interessante ficar mais tempo em cada questão, criando um ambiente para uma conversa. Fizemos a sugestão, mas esta não foi aceita pela equipe de estudantes, que continuou da forma inicial.

No encontro seguinte, a proposta era trabalhar com histórias das mulheres e, quem sabe, fazer um pequeno vídeo. Ao mesmo tempo, uma dupla sugeriu trabalhar com frases com potencial para aumentar a autoestima das mulheres. Perguntamos: “Quem disse que elas têm baixa autoestima?” “O que é autoestima e por que esta ideia?” Mas o grupo de estudantes aderiu rapidamente à proposta, sem reflexão, parecendo querer se ver livre da tarefa. Durante a semana, uma estudante, após ler um artigo de revista sobre violência nas regiões de alta vulnerabilidade, propôs trabalhar com a questão “Como a violência afeta as mulheres dessa área?” Novamente, intervimos: “De quem é esta questão, das mulheres ou das estudantes?” “Por que estão mudando o combinado?”

Pedimos uma reflexão sobre o movimento da equipe. Não houve resposta. A equipe parecia se organizar para resistir ao pensamento. Gostaríamos de conversar mais, ter mais espaço de escuta. Nossa hipótese era que a insegurança e ansiedade dos estudantes talvez estivessem gerando uma defesa a qualquer questionamento. Não sabíamos como fazer retornar aos estudantes sem constringer as suas iniciativas. O tempo de supervisão, que acontece antes ou depois do grupo com as mulheres, é pouco em relação ao que precisa ser trabalhado. (Narrativa docente)

Os docentes vivem o conflito entre possibilitar que os estudantes experimentem suas ações ou impor certas formas de fazer, o que deixaria todos mais tranquilos. Mas se optam por não predefinir o processo, podem ter que se haver com respostas rápidas demais, que parecem servir apenas para aplacar a angústia de não se saber o que fazer. Por outro lado, a experiência de formação parece ganhar outra densidade quando o estudante pode tomar decisões com base em sua observação e análise, desde que também possa avaliar os seus efeitos. É certo que cumpre ao docente intervir, impedindo o que possa causar dano aos acompanhados, mas cabe também a ele sustentar este “nascimento” de outros profissionais, com suas perspectivas e recursos singulares.

O modo como o docente se relaciona com os estudantes, a flexibilidade que demonstra em negociar pontos de vista e a abertura em elaborar trabalhos conjuntos – mas também a habilidade em inserir questões antes não consideradas – evocam a relação dos estudantes com os usuários nos projetos de cuidado. Seria mesmo contraditório que se esperasse, dos estudantes, uma ética diferente daquela que com eles se pratica no trabalho de ensino. Equilibrar momentos de presença reservada – como modo de deixar o outro ser – e de presença implicada – nos quais se age e intervém – nos termos de Figueiredo<sup>16</sup> parece favorecer não só que o cuidado aconteça, mas também que quem o recebe desenvolva suas próprias habilidades de cuidar.

### Considerar diferentes perspectivas

Marinete, 66 anos, sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) há 11 anos. Era uma mulher ativa, que trabalhava como faxineira. Na ocasião já estava separada, e atualmente a sua principal cuidadora é a filha que reside com ela e trabalha durante o dia, havendo portanto muitos períodos em que fica sozinha em casa.

Como sequela do AVE, apresenta hemiplegia do lado direito do corpo e não consegue caminhar, nem apoiar os pés no chão para transferir-se para uma cadeira ou poltrona. Também apresenta afasia de expressão verbal e escrita, comunicando-se por meio de gestos, entonações sonoras e expressões faciais. Pouco escolarizada, não usa a escrita. Desde o AVE está acamada, usando fraldas geriátricas.

A equipe de saúde da família que a acompanha mensalmente achou que o atendimento da universidade poderia ajudar na recuperação de sua mobilidade. Estudantes do módulo iniciaram o acompanhamento, buscando compreender suas necessidades e demandas e elaborar um plano de cuidados.

O que mais impressiona os estudantes é o fato de ela passar o tempo todo em sua cama e viver um cotidiano empobrecido e de isolamento no domicílio. Embora viva em uma casa sem degraus e com cômodos amplos, ela não acessa o banheiro e nem faz as refeições na cozinha porque não tem uma cadeira de rodas que a acomode adequadamente. Dessa forma, toma banho no leito com o apoio de sua filha, o que não ocorre diariamente por ser um processo trabalhoso. Em horários determinados, os familiares lhe trazem as refeições, trocam suas fraldas e ligam a TV para que ela assista a programação.

Os estudantes procuram identificar, inicialmente da perspectiva de seus conhecimentos específicos de área, algumas possibilidades de intervenção. Os de Psicologia supõem que seria central melhorar sua comunicação, os de Fisioterapia e Educação Física almejam aplicar técnicas de mobilização corporal e aprimoramento de força e amplitude articular, os de Nutrição querem melhorar sua alimentação e os de Terapia Ocupacional vislumbram adaptar seu domicílio e intervir para que ela consiga realizar atividades de vida diária com mais autonomia.

A princípio, o fato de os familiares não aderirem às diversas propostas dos estudantes é percebido por estes como desinteresse ou negligência. Somente após os estudantes tentarem realizar, por

exemplo, a transferência de D. Marinete da cama para a cadeira de rodas é que puderam perceber as dificuldades vivenciadas por sua família. Além disso, nesses cinco anos de acompanhamento, o que mais impressiona é que nem sempre, ou quase nunca, as intervenções que os estudantes assumem como prioritárias são as mesmas da família.

Considerar a perspectiva de quem é cuidado e de seus familiares depende de uma disposição do profissional de saúde que parece ser óbvia, mas não usual, como apontam Merhy et al.<sup>12</sup> e Cecilio et al.<sup>13</sup>. Como profissionais de saúde, tendemos a considerar apenas nossa avaliação técnica como a mais acertada. Afinal, ela aponta para uma ação da qual temos algum domínio<sup>17</sup>. Se aceitamos ouvir e considerar o ponto de vista de quem tratamos, arriscamo-nos a deslizar para um terreno bem menos conhecido, mas é nele que o paciente habita. Possibilitar aos estudantes a experiência de deslocamento de suas perspectivas tem sido um recurso importante desse processo de formação.

### Uma atenção aos incômodos

Uma dupla de estudantes, uma da Educação Física e outra da Nutrição, entusiasmou-se em acompanhar uma senhora que havia sido submetida recentemente a uma cirurgia bariátrica, já antevendo possíveis intervenções relacionadas às suas áreas profissionais. No entanto, essa senhora viajou e foi proposto que esta dupla acompanhasse Gabriela, de quarenta anos, que morava em uma casa próxima às palafitas, de um cômodo, com apenas um beliche para acomodar seis dos seus filhos de diferentes faixas etárias.

O impacto para os estudantes na primeira visita domiciliar foi imenso. Retornaram desanimados e paralisados pela enorme quantidade de problemas que envolvia esta família: crianças com desnutrição e anemia, uma adolescente que se recusava a prosseguir na escola, outra com diabetes insulino-dependente não controlado, um filho envolvido com abuso de drogas e outro, desempregado. Adicionava-se a tudo isso a difícil história de vida de Gabriela, que tinha perdido os pais muito cedo, havia sido moradora de rua, prostituído-se e vivido relacionamentos afetivos conturbados e violentos. Gabriela queria ajuda especialmente para poder cuidar dos filhos menores, para que não repetissem as trajetórias dos maiores. Mas por onde começar? O que seria possível fazer?

Tentamos compreender melhor a situação, realizando discussões com os profissionais que cuidavam da família de várias instituições (saúde, assistência social, educação e conselho tutelar). A partir desses encontros várias ações foram elencadas. No entanto, a dupla de estudantes seguia desanimada, afirmando que não visualizavam ainda o que poderiam fazer. À pergunta de por que nada parecia fazer sentido para eles, mesmo com tantas ações que poderiam realizar, respondem que não sabiam direito. (Narrativa docente)

No decorrer da supervisão, viu-se que as questões sociais, os valores e o modo de vida dessa usuária, bem diverso do que conheciam, estavam mobilizando muito os estudantes. Também os julgamentos morais atravessavam a disponibilidade para com essa família. Foi necessário trabalhar com esses incômodos para abrir outras possibilidades de se relacionar com essa situação.

A leitura das situações e as intervenções decorrentes são também configuradas pelo impacto que as situações e os outros desencadeiam em nós. Esses aspectos tendem a ser pouco problematizados nos processos de trabalho em saúde<sup>11,14</sup>. Abrir espaço na supervisão<sup>15</sup> para conversar sobre incômodos, mobilizações, medos, julgamentos e sentimentos produzidos nos encontros com os diversos modos de existir dos usuários são fundamentais para a formação de profissionais capazes de perceberem também a si mesmos nas relações de cuidado.

### Questões que insistem

As questões que nós, como docentes, identificamos no trabalho com os estudantes, e que apontam para suas dificuldades, foram, ou ainda são, também dificuldades nossas. A dificuldade dos estudantes em aceitar as contribuições dos docentes na supervisão reflete também as dificuldades dos docentes

de estabelecerem vínculos significativos e confiáveis com os estudantes para que este processo possa acontecer.

Também não é difícil perceber em nós a tendência a desvalorizar a fala dos usuários quando ela é discordante do saber técnico. A relação assimétrica com o acompanhado, por força do desigual saber/poder, indica quem teria o discurso legítimo<sup>11,18</sup>. A quem cabe a palavra do diagnóstico e a autoridade da terapêutica senão ao profissional? Por isso falamos em adesão ao tratamento, como uma expectativa que se tem de que o usuário aceite o que lhe foi prescrito, o que as evidências científicas apontam como o mais adequado a fazer. Se o paciente não aceita, isso seria uma irracionalidade, uma quebra de pacto, uma posição que questiona o saber científico e profissional. A tendência, nesses casos, é dar nossa missão como cumprida: “fiz o que podia, mas ele(a) não fez a parte dele(a)”. Feridos em nossa identidade profissional, somos propensos mais a desistir do paciente do que tentar uma reinvenção de estratégias ou optar por uma alternativa de redução de danos.

Outro ponto importante diz respeito à expectativa dos estudantes de realizar ações que possam efetivamente resolver problemas, talvez por força de uma ideia de que estariam ali para curar no sentido de restabelecer uma condição anterior perdida. O contato com a complexidade do caso pode suscitar o sentimento de impotência por não se dispor da possibilidade de fazer algo que resolva a situação nessa acepção da cura. Ocorre de alunos julgarem que, não tendo o que oferecer nesta dimensão, estariam ali unicamente para benefício próprio, de aprendizagem, como se o trabalho desenvolvido não estivesse auxiliando em nada os atendidos. Leva tempo até que possamos valorizar a clínica do cuidado menos vertical e mais horizontal, aquela do acompanhamento, quando o que se pode fazer não é aquilo que eliminaria os problemas.

Essa aceitação de uma clínica menos espetacular, que descentra o profissional, é sintônica com a perspectiva da constituição ou reconhecimento de uma rede de cuidados para o acompanhado. Assim, os profissionais de saúde podem auxiliar a tecer esse coletivo que apoia, do qual participam serviços, técnicos, amigos, familiares, vizinhos, etc. Sabemos como a rede intersetorial precisa ser ativamente convocada para acontecer; mas pouco percebemos a importância da rede informal, afetiva, que, por vezes, serve de sustentação mesmo àquela do sistema de saúde. E há outros pontos de apoio a considerar, como as atividades universitárias, de ensino (graduação e residência), extensão e pesquisa. Nesse sentido, o oposto da intervenção imediatamente resolutive talvez não seja o niilismo terapêutico, mas uma constelação de ações de suporte, de arranjos viáveis, de compartilhamento e estímulo à vida.

Esta experiência de formação tem mostrado a existência de possibilidades no trabalho em saúde, mesmo onde e quando elas parecem mais faltar, a depender de nossa capacidade de escuta e atenção ao usuário e, sobretudo, de nossa disposição a nos reinventarmos como profissionais.

### **Contribuições dos autores**

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### **Agradecimentos**

Agradecemos aos usuários que, pacientemente, vêm nos ensinando melhores formas de cuidado; aos estudantes que se lançam no desconhecido para o qual convidamos; ao grupo de docentes desse módulo, cujas discussões possibilitaram a emergência das questões tratadas neste artigo; e às equipes, que partilham conosco as dificuldades e alcances do trabalho em saúde.

**Referências**

1. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
2. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
3. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Sangaleti CT, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. The experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration to health care professionals in primary health care settings: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2014; 12(5):24-33.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1400-10.
6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
7. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.
8. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(3):16-29.
9. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2a ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ; 2009.
10. Merhy E, Feuerwerker LCM, Cerqueira MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC. Afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.
11. Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, organizadores. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2014.
12. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1.
13. Andrade LO, Givigi LRP, Abrahão AL. Ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(64):67-76.
14. Henz AO, Garcia ML, Costa SM, Maximino VS. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p.163-86.
15. Duarte DA. A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(52):133-44.
16. Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. *Psyche.* 2007; 11(21):13-30.
17. Melo SM, Cecílio LC, Andreazza R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saude Debate.* 2017; 4(112):195-207.
18. Chauí MS. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez; 1981.

Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Educação interprofissional y producción del cuidado: análisis de una experiencia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1675-84.

El objetivo de este artículo es presentar y analizar una experiencia de formación interprofesional que se realiza desde 2008, con estudiantes del tercer año de graduación de los cursos de Educación Física, Nutrición, Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional de una universidad pública brasileña. A lo largo del semestre, equipos mixtos de estudiantes, supervisados por dúos de docentes, también de diferentes áreas profesionales, realizan atenciones semanales y elaboran proyectos de cuidado para personas/grupos seleccionados por equipos de los servicios. La metodología utilizada envolvió la producción de narrativas de situaciones señaladas vividas por docentes en las actividades de enseñanza, a partir de las cuales surgieron cuestiones que se plantean en esta propuesta de formación. La discusión de estas cuestiones mostró las potencialidades de intervenciones en común y los desafíos de la supervisión docente para mantener la experiencia de los estudiantes y posibilitar la constitución de una clínica que valore la perspectiva de los usuarios.

*Palabras clave:* Cuidado de salud. Supervisión. Equipos interdisciplinarios. Educación profesional. Docencia.

Submetido em 05/03/18. Aprovado em 04/07/18.