



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-UFF**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA- EEAAC**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE- MPES**

TATIANE JARDIM COSTA

**INSTITUCIONALIZANDO A VIDA ENQUANTO O CORAÇÃO PULSA:  
OFICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS – PROBLEMATIZAÇÃO NA  
ABORDAGEM AO ENSINO**

**OUTUBRO**  
**2023**

## **PRODUTO**

**Título:** Institucionalizando a vida enquanto o coração pulsa: oficina sobre cuidados paliativos – problematização na abordagem ao ensino

**Registrado no Educapes em:**

**Site:**

### **1.1 Contextualização e problematização do produto**

Os mestrados profissionais (MP) brasileiros foram instituídos em 1965, por meio do Parecer nº 977/65, C.E.Su (CFE, 1965), porém só em 1995 foi determinada a implantação de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional, pela Portaria nº 47, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 1995). Esta última, no entanto, foi revogada pela regulamentação da Portaria nº 80/1998, do MEC (CAPES, 1998). Buscava-se, dessa forma, efetuar uma mudança qualitativa na formação dos profissionais que já estavam inseridos no mundo do trabalho, conservando o mesmo padrão de exigência e de qualidade do mestrado acadêmico (CAPES, 2014). Como pré-requisito, os ingressantes devem ser, majoritariamente, alunos com experiência profissional, enfatizando-se a necessidade de parceria com os serviços dos quais os alunos são originados. Aos diplomados pelo MP, são conferidas as mesmas prerrogativas e grau idêntico ao dos diplomados no mestrado acadêmico, inclusive no que se refere ao exercício da docência (Vilela; Batista, 2015).

Segundo Hortale *et al.* (2010, p. 2052), o MP também pode ser entendido como um processo de desenvolvimento de análise de situações com foco na “resolução de problemas que inclui a capacidade de refletir e atuar criticamente sobre seu processo de trabalho”.

Latini *et al.* (2011, p. 45) salientam que, em termos de produção do conhecimento, as pesquisas realizadas no MP têm como característica o seu desenvolvimento na perspectiva “intramuros” do contexto analisado. O MP “propicia a redução do distanciamento social até então presente na relação entre o sujeito pesquisador e os que constituem seu objeto de estudo”.

Vilela e Batista (2015) assinalam que, em 2010, foi lançada a política do Pró-Ensino na Saúde, que teve como um dos eixos a indução de MPES, acreditando-se na possibilidade de esta modalidade de pós-graduação responder, de maneira mais rápida e eficiente, à implementação das políticas públicas para a formação na área. Afirmam que, com o fomento

da qualificação para a docência dos profissionais que atuam junto à graduação e à residência na área da saúde, bem como com a produção do conhecimento e as inovações tecnológicas, o MEC e o MS desenvolveram estratégias fundamentais para atendimento aos princípios filosóficos, organizacionais e operativos preconizados pelo SUS.

Segundo Moreira e Nardi (2009, p. 4), o trabalho de conclusão do MP – o produto educacional produzido na dissertação –, deve ser:

algo identificável e independente da dissertação, que objetive a melhoria de uma área específica. Assim, pode configurar-se como alguma nova estratégia de ensino, uma nova metodologia de ensino para determinados conteúdos, um aplicativo, um ambiente virtual, um texto, uma sequência didática, DVD, CD, um equipamento ou qualquer outro que possa ser disseminado, analisado e utilizado por outros professores (Moreira; Nardi, 2009, p. 4).

O produto desta dissertação foi resultado da produção coletiva de conhecimento, através de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa realizada a partir de dois encontros socioclínicos institucionais, nos quais os problemas enfrentados foram discutidos com estudantes, gestores e profissionais.

O referencial teórico-metodológico que fundamentou a realização da pesquisa e que deu origem a este produto foi a AI, em sua abordagem socioclínica institucional.

A socioclínica surgiu dos estudos de Gilles Monceau (1998 *apud* L'Abbate, 2013), quando começou a ser utilizada no campo da educação, levando em conta que:

a dinâmica institucional em análises localizadas, nas quais nem sempre as “regras” da socioanálise podem ser praticadas inteiramente. Nessas intervenções utilizam-se como dispositivos, dentre outros, o acompanhamento das práticas profissionais, levando em conta sua relação com a instituição Educação e com o próprio Estado, com destaque para a análise das implicações primárias e secundárias; exposições teóricas; trabalho pessoal de escrita; visando, em última análise, associar atividades de pesquisa às atividades de formação dos professores (Monceau, 1998 *apud* L'Abbate, 2013, p. 50-51).

Monceau (2013, 2015) metodologicamente se utiliza de um conjunto de 8 conceitos operacionais ou características que não devem ser tomadas em sequência, nem como condição inicial do trabalho, mas como material necessário para se apresentarem os desafios colocados pelas situações, facilitando a investigação. São eles:

análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção da produção de conhecimentos e atenção aos contextos e às interferências institucionais (Monceau, 2013, p. 93).

A escolha desta temática veio de minha experiência profissional como enfermeira/preceptora, ao observar que os CP não são mencionados pela equipe de saúde, nem mesmo pelos residentes e outros profissionais em formação. Percebia que, no processo de desospitalização de pacientes na terminalidade da vida, a equipe da ESF não se sentia preparada para o cuidado do paciente nem para prestar assistência à família. Tinha como pressuposto que, na ESF, essas ações ainda são incipientes, devido à demanda reprimida, à carência de conhecimento sobre o tema, e por serem pouco discutidas nos cursos de graduação e pós-graduação de algumas universidades. Concordando com Brasil (2017a) a respeito de a AB ser um espaço formador de pessoal para atuar no SUS, proporcionando, assim, a longitudinalidade e a resolutividade do cuidado em saúde, foi que pensamos em desenvolver um estudo trazendo a temática CP na AB, aspirando a um possível produto que pudesse favorecer o cuidado aos usuários do SUS e a formação dos residentes, dos graduandos e de toda a equipe de saúde.

Esse pressuposto ficou evidenciado nos diferentes depoimentos obtidos durante os encontros socioclínicos institucionais, quando os participantes destacaram suas dificuldades em efetuar os CP aos pacientes e suas famílias:

assim né, eu tô falando que parece que é uma coisa sem muita importância “ah faleceu Fulano”, né, mas a gente **sofre**, porque a gente sabe o trabalho que todo mundo passou, as pessoas que foram lá ajudar... então a gente sente quando cada uma dessas pessoas morre. Isso assim, a gente se sente desamparada e as equipes também precisam desse suporte pra lidar com isso (Amor 2).

Nesse depoimento, podemos perceber que o entendimento dos profissionais de saúde acerca dos CP corresponde ao conceito da WHO (2007), que define CP como uma abordagem de cuidado que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares por meio da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto.

Porém, como geralmente o paciente sem possibilidades terapêuticas, na desospitalização, retorna à família, os profissionais da ESF não foram preparados para, em equipe, cuidar desse paciente e dar suporte à família até a finitude da vida. A fala a seguir destaca essas dificuldades:

A gente, teve uma época que acompanhou uma paciente. Os olhinhos dela eram a única coisa que a mantinham viva. E ela pegando na nossa mão e agradecendo o nosso cuidado. Então assim, isso é muito tocante, a família sofre muito, né. Esse processo é

um processo muito doloroso. Então eu acho que isto é um campo que tem que ser explorado, e desenvolvido aqui na ESF. Porque envolve sentimento, envolve afeto, envolve dor (Vitalidade).

No segundo encontro, já trazendo parte da análise do que foi discutido no primeiro encontro (a restituição), os participantes iniciaram os debates falando das transformações que podem ser observadas à medida que o processo de intervenção avança. A partir de uma demanda da pesquisadora, começaram a pensar em alternativas para superar as dificuldades com relação à abordagem do paciente e da família em CP:

Então pessoal o que vocês acham que seja cuidados paliativos? O que que a gente pode oferecer como método de ensino para a prática de cuidados paliativos para os residentes? Penso que podemos começar a trabalhar isto com eles. O que vocês acham? (Pesquisadora).

Os participantes, respondendo a essa provocação, referiram que:

Eu acho que o cuidado paliativo é o desafio de pensar em uma nova forma de viver. Então, isso mexe com o psicológico, mexe com toda a estrutura de vida da pessoa. O grande desafio é encontrar uma nova forma de viver e ter uma qualidade de vida. Porque quando a gente pensa em cuidado paliativo, já pensa logo na morte e não é isso (Alegria).

Temos um paciente que precisa de cuidado até mesmo porque ele já amputou o pé dele. Mas ele continuou fazendo as mesmas coisas que ele já fazia antes. Beber a cervejinha dele, e tal. Ele é um paciente com doença crônica, destas que se arrasta no tempo. É uma paciente que realmente precisa desse cuidado, né? Deste cuidado paliativo (Deus).

Com essas falas, podemos perceber que os participantes ampliaram o olhar sobre os CP, entendendo que, na ESF, alguns pacientes com doenças crônicas como diabetes, cirrose hepática, doenças renais, doenças cardiovasculares, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids, Alzheimer e outras demências, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, doença de Parkinson, artrite reumatoide, e câncer, segundo a *Worldwide Palliative Care Alliance* (Connor; Bermedo, 2014), são elegíveis para entrar no programa de CP.

Nesse sentido, os participantes compreenderam melhor que os CP são uma gama de cuidados que devem ser realizados desde o diagnóstico da doença crônica elegível até após o óbito, estendendo-se à família enlutada. Iniciam-se, então, na palição, que busca aliviar o sofrimento; em seguida, tem-se a ação paliativa, que desenvolve medidas terapêuticas em qualquer fase da doença com o objetivo de diminuir suas repercussões negativas; os CP integrais, que são prestados ao paciente com doença progressiva e irreversível, com controle da

dor e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, incluindo o apoio à família e a atenção ao luto; e os cuidados ao fim de vida, prestados aos pacientes e familiares no período que pode preceder o óbito (Maciel *et al.*, 2006). Portanto, os profissionais de saúde da AB deveriam estar aptos a desenvolver todas essas etapas dos CP aos pacientes crônicos e àqueles na terminalidade da vida.

De acordo com a Maciel *et al.* (2006, p. 32):

Faz parte da boa prática médica perceber quando a doença instalada é incurável e está em evolução, pois, nesse caso, a modalidade de assistência deverá ser voltada para a qualidade de vida, e não para o aumento da sobrevida. O profissional deve ter sensibilidade para não querer curar o incurável nem tratar o intratável, mas deve perceber que, se há um limite para a cura e o tratamento, não há para os cuidados (Maciel *et al.*, 2006, p. 32).

Nos debates do segundo encontro, surgiram alguns potenciais produtos para o estudo sobre CP na ESF:

[...] o nosso trabalho fundamental é educação em saúde. A gente está aqui pra isso. Podemos começar educando e nos educandos. Então quando a gente promove saúde, a gente está pensando também a longo prazo todas essas situações (Amor).

[...] não importa qual seja a situação que ele se encontra, seja sei lá qual doença que ela possa ter, o que temos que ter em mente é que esta doença não seja mais um fator complicador da sua vida. Então eu acho que tem que se pensar em várias maneiras, e a principal só se consegue com a educação da gente, da equipe, dos residentes e dos pacientes (Alegria).

[...] eu acho legal essa fala sobre a gente começar a fazer educação em saúde. Eu acho que são esses espaços potentes pra falar sobre essa responsabilização da pessoa no seu cuidado e para que a gente também possa aprender junto com a população, os alunos de graduação e os residentes (Verbo).

Diante do que foi abordado nos encontros, os participantes pensaram que a melhor estratégia seria um produto de pesquisa que fosse educativo, levantando a possibilidade da realização de oficinas de atualização sobre os conceitos básicos de CP e suas práticas na AB.

De acordo com o referencial teórico-metodológico utilizado, os achados permitiram que a pesquisadora entendesse que um produto educativo no formato de oficinas constitui um movimento instituinte da instituição formação em saúde e ensino. E no contexto de práticas já instituídas no cenário do estudo, poderá levar a mudanças na formação de futuros profissionais, residentes e equipe de saúde, além de qualificar o cuidado na AB.

## **1.2 O produto educativo**

O produto educativo foi pensado no formato de oficinas educativas que serão desenvolvidas com os residentes de enfermagem, nutrição e psicologia. Esta escolha se justifica pelas seguintes razões:

A primeira diz respeito à institucionalização do ensino em serviços, através dos movimentos instituintes trazidos pelo produto, pois ele busca acrescentar inovação na formação dos residentes, partindo da premissa de que poderão desenvolver os novos conhecimentos e as novas práticas de cuidado em campo, possibilitando a ampliação, junto com os demais atores sociais, de seus conhecimentos sobre CP, colocando em debate os casos vivenciados para sua equipe de atuação.

A segunda é que, ao se pensar nos residentes, abre-se a possibilidade de ampliar a abrangência do produto, considerando que, no município cenário do estudo, contamos com 5 unidades da ESF que oferecem campo prático para a RMAB. E, nesses locais, os residentes poderão colaborar com a EPS da equipe de saúde com seus conhecimentos teóricos e práticos sobre CP.

A terceira é a oportunidade de integração entre a IES e os serviços. A IES, abrindo espaço para que os profissionais de saúde/preceptores atuem como apoiadores dos residentes na parte teórica das oficinas; e os serviços, oferecendo campo teórico e prático aos residentes para desenvolverem com a equipe de saúde uma nova proposta de cuidado junto aos usuários portadores de doenças crônicas e terminais e às suas famílias.

A quarta é a possibilidade de a temática CP na AB ser incorporada ao currículo dos cursos de formação em saúde da IES a partir da experiência das oficinas.

A quinta é a aplicabilidade, nas oficinas, dos conceitos do referencial teórico-metodológico, propostos por Monceau (2013, 2015), e de seus conceitos operatórios, o que pode ampliar consideravelmente os debates a partir das análises realizadas coletivamente.

### **1.2.1 As oficinas educativas**

Segundo Anastasiou e Alves (2015, p. 96), as oficinas se caracterizam como um lugar de pensar, de criar e de se reinventar, constituindo um espaço pedagógico de construção de conhecimento a partir de relações horizontalizadas entre seus participantes.

Valle e Arriada (2012) referem que as oficinas educativas são uma forma de construir conhecimento a partir do tripé ação-reflexão-ação, praticando o sentir, o pensar e o agir mediante situações concretas e que sejam significativas para o aprendizado dos estudantes.

Ainda nessa linha de pensamento, Oliveira (2017) afirma que a utilização de oficinas pedagógicas, tanto na sala de aula como nos espaços educativos dos serviços de saúde, permite que se trabalhe com equipes de diferentes áreas de conhecimento, facilitando o aprendizado e o trabalho em equipe. Isso porque busca a interação entre os participantes e a reflexão coletiva dos problemas, articulando os conceitos teóricos com a realidade vivenciada pelos estudantes em um determinado contexto social.

Complementam Valle e Arriada (2012) que, nas oficinas pedagógicas, se adota a pedagogia da problematização e nunca da transmissão de conhecimentos. Nesse sentido, o professor não é o protagonista, aquele profissional que ensina o que sabe, mas sim o facilitador que instiga a curiosidade dos estudantes para buscarem o próprio conhecimento. As oficinas, como toda aula, devem ser planejadas, porém sua operacionalização exige muita flexibilidade do professor/facilitador, de maneira que se ajustem as questões levantadas pelos participantes de acordo com os respectivos ambientes de trabalho.

Para Cardoso *et al.* (2017, p. 1), as oficinas pedagógicas são percebidas como uma estratégia pedagógica, cujo objetivo é facilitar uma atividade ou uma ação que correlacione teoria e prática, sendo a participação do aluno e o compartilhamento de informações bastante valorizados no processo de construção do conhecimento. Enquanto espaços coletivos, proporcionam a troca de experiências diversificadas e a participação de todos nos debates, não constituindo um fim em si mesmas, mas parte de um “conjunto de atividades destinadas à efetivação de ações voltadas para melhorar o desempenho dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem”. Destacam os autores que:

por constituírem espaços de natureza interdisciplinar e por tratarem de questões pontuais de forma prática, as oficinas pedagógicas são consideradas ambientes em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, mas também no processo de construção do conhecimento (Cardoso *et al.*, 2017, p. 1).

Consideramos a relevância da utilização das oficinas pedagógicas com Anastasiou e Alves (2015), ao referirem que os momentos de construção do conhecimento, de mobilização para a busca do conhecimento com autonomia e a elaboração da síntese desse conhecimento estão imbricados, e que o importante é que a construção e o significado desse conhecimento se materializem na prática profissional. Isso é o que se espera de uma oficina.



## **1.2.2 O cenário da pesquisa e de aplicação do produto**

A pesquisa que culminou na construção deste produto ocorreu em uma das unidades da ESF do município de Petrópolis, que recebe residentes de enfermagem, nutrição e psicologia, e na qual a pesquisadora trabalha como enfermeira e preceptora. A equipe atual é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal, 3 ACS, 1 auxiliar administrativo e 1 ASG. Em seu território, possui aproximadamente 4.000 pessoas cadastradas, divididas em 5 microáreas.

Com a elaboração do produto, a proposta é que as oficinas se tornem um módulo disciplinar do currículo do programa de RMAB da referida universidade. Dessa forma, residentes que estão fazendo a parte prática em outras unidades de saúde do município poderão participar, ampliando o número de residentes que irão adquirir conhecimentos sobre CP na AB.

## **1.2.3 A residência multiprofissional**

A REMUS e a CNRMS foram instituídas pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005b), no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, sendo sua operacionalização compartilhada entre o MEC e o MS. A publicação da Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014 (Brasil, 2014), atualizou o processo de designação dos membros da CNRMS, alterando a Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 (Brasil, 2009), a Portaria nº 1.320, de 11 de novembro de 2010 (Brasil, 2010a), e revogando a Portaria nº 1.224, de 3 de outubro de 2012 (Brasil, 2012).

A REMUS tem como característica precípua acontecer nos serviços de AB e destina-se aos profissionais graduados em alguma área-fim ou afim da saúde (Brasil, 2005a). Tais programas abrangem os egressos dos cursos de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, conforme a Resolução CNS nº 287/1998 (CNS, 1998).

A residência, segundo Albuquerque *et al.* (2008), busca mudanças na formação dos profissionais da saúde, incluindo reflexões e transformações na interface ensino/trabalho e nas relações entre o ensino e os serviços de saúde, sendo de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do SUS.

A RMAB surgiu como projeto de incorporar profissionais mais capacitados para atuarem na promoção e prevenção da saúde, diversificando e diferenciando o cuidado, buscando a resolutividade da APS, dentro da área de abrangência a que estão alocados. Por ser uma modalidade de ensino inovadora e estruturante, visa o treinamento em serviço, e, assim, a formação diferenciada de profissionais para atuarem prioritariamente no SUS.

Podemos dizer que o momento residente é aquele em que os alunos estão em franca atividade presencial no ensino e na prática. Este é um momento que deve ser aproveitado para o desenvolvimento de novas habilidades e competências, a partir de metodologias inovadoras e vivências realísticas. Após concluírem os 2 anos dedicados à residência, eles recebem o título de especialista em AB (Albuquerque *et al.*, 2008).

#### **1.2.4 A proposta metodológica do produto**

Descrito no PPP da UNIFASE (2020), o programa de residência adota o uso das metodologias ativas de ensino, como a problematização, que direcionam o desenvolvimento do residente, tornando-o emancipado no processo de aprendizagem, fundamentando as práticas em saúde pautadas na realidade local, em ações éticas, integrais, interprofissionais e intersetoriais. Zaluski e Oliveira (2018) referem que a aprendizagem ativa é uma estratégia de ensino muito eficaz quando comparada com os métodos de ensino tradicionais. Assim, com métodos ativos, os alunos assimilam maior volume de conteúdo, retêm a informação por mais tempo e aproveitam as aulas com mais satisfação e prazer.

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres “vazios” a quem o mundo “encha” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanisticamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (Freire, 1985, p. 79).

Portanto, podemos dizer que a proposta da oficina pedagógica está de acordo com o que destaca o PPP em relação à utilização das metodologias ativas, pois se baseia nos princípios da problematização, tornando o aluno protagonista do seu próprio desenvolvimento nos estudos.

Berbel (1999) diz que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, na busca por romper com o habitual processo de transmissão de conteúdos, valorizam pressupostos pautados na reflexão, uma vez que disponibilizam as ferramentas necessárias para os indivíduos refletirem acerca do processo de aprendizagem sobre o meio no qual estão inseridos.

O ato de problematizar é uma proposta no processo de ensino-aprendizagem que diz respeito à vida, à dignidade, à cidadania e à humanização e está pautado no pensamento de Paulo Freire, o qual se insere em uma concepção crítica e dialética que permite, por meio da práxis, desvendar a realidade para assim transformá-la (Berbel, 1998, p. 142).

A problematização envolve o aluno na complexidade do estudo, movimentando a instituição formadora em saúde e confrontando o instituído com o movimento instituinte de produzir conhecimento. Com isso, os RMAB irão introduzir a mudança em seu local de atuação, reconfigurando o modelo prático-assistencial voltado para os CP na AB. Enfatiza Berbel (1998, p. 144) que:

A Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (Berbel, 1998, p. 144).

Dentre as várias metodologias ativas de ensino existentes e que possibilitam a aprendizagem sistematizada e autônoma, a que consideramos que atenderá às expectativas de ampla qualificação dos profissionais de saúde é o Arco de Maguerez.

O Arco de Maguerez surgiu no século XX e foi uma proposta de Charles Maguerez, inspirado nos seus estudos de Paulo Freire, que discorria em seus livros e ensinamentos sobre a autonomia do discente no processo de ensino. A metodologia é composta por 5 etapas descritas na Figura 5 e que serão mais bem descritas na operacionalização do produto.



**Figura 5.** Arco de Magueres  
Fonte: Elaborado pela autora.

### 1.2.5 Objetivos do produto

- Promover debates coletivos sobre os conceitos básicos de CP, ampliando sua concepção teórica para integrá-la na prática multiprofissional da Atenção Básica, utilizando o método da problematização do Arco de Magueres, a fim de transformar a realidade do ensino e da formação;
- Utilizar os eixos teóricos como difusão da temática de CP para os residentes, sendo os CP, neste caso, o eixo transversal que engloba todas as profissões;
- Configurar os encontros socioclínicos institucionais como intervenção socioanalítica dos debates, analisando as práticas profissionais destes estudantes.

Importante ressaltar que o ato de problematizar, em geral e durante as oficinas, envolve algumas características ou conceitos operacionais da socioclínica institucional (Monceau, 2013, 2015), tais como: a análise dos contextos e das interferências institucionais, que podem vir da instituição família, da instituição ensino, da instituição comunicação, dentre outras que poderão ser levantadas quando as demandas surgirem; a análise da participação dos sujeitos nas oficinas, com o uso da livre palavra por todos os participantes em relações horizontalizadas; a observação das mudanças que vão ocorrer no posicionamento e nas práticas dos estudantes durante as oficinas; a prática da restituição no início de cada encontro, trazendo os aspectos mais importantes abordados anteriormente; a possibilidade da criação de novos conhecimentos, seja aplicando-os na prática, seja com a elaboração de trabalhos acadêmicos e, principalmente, com

a difusão desses conhecimentos às equipes de saúde. Essas ações são fundamentais para a efetivação de um processo de ensino efetivo. A análise das implicações dos participantes com as instituições que os atravessam possibilita que, durante as oficinas, sejam evidenciados os analisadores, que poderão surgir por ocasião dos debates, quando os participantes terão liberdade para verbalizar os não ditos observados nas instituições ensino, serviço, família, políticas, dentre outras. Todas essas características, observadas durante cada oficina, poderão enriquecer o processo de ensino-aprendizagem em todas as etapas do Arco de Maguerez.

### **1.2.6 Desenvolvimento do produto**

Os sujeitos transformadores da sua formação serão os próprios RMAB, com a participação de seus coordenadores, professores e preceptores. A proposta de realizarem seus estudos teórico-práticos será desencadeada pela utilização do dispositivo proposto pela metodologia ativa de aprendizagem do Arco de Maguerez e analisada pelos conceitos do referencial teórico-metodológico da socioclínica institucional.

De acordo com Dóbies, L'Abatte e Vangrelino (2019), René Lourau e George Lapassade enfatizam a participação dos sujeitos na dinâmica institucional, possibilitando que, a partir de uma abordagem crítico-ética, desenvolvam conceitos potentes para analisar as práticas profissionais.

Os encontros socioclínicos entre a preceptora/pesquisadora e os RMAB acontecerão presencialmente, no *campus* da universidade local citada neste estudo, ou remotamente, via internet (a definir).

A proposta inicial é de um encontro semanal, durante as atividades teóricas, com duração média de duas horas. Serão realizadas 5 oficinas teóricas e uma prática. A oficina prática seria a última etapa do Arco de Maguerez. Após a aplicação na realidade, os residentes irão debater com a equipe de saúde o que realizaram, com destaque aos aspectos positivos e às dificuldades para que toda a equipe seja beneficiada com o conhecimento gerado pelas novas práticas.

Os residentes participarão de uma roda junto à preceptora/facilitadora do processo de ensino, que inicialmente realizará uma atividade de descontração dos participantes, de maneira a facilitar a participação de todos nos debates coletivos.

No Quadro 11, vê-se a sequência das 5 etapas do Arco de Maguerez acompanhadas das características da socioclínica institucional. A estas, foi acrescentada uma oficina de assembleia

geral, para que todos os grupos possam conhecer as atividades realizadas em outros cenários e debater sobre as potencialidades e as fragilidades observadas.

**Quadro 11.** Etapas propostas para a operacionalização das oficinas pedagógicas para a Residência Multiprofissional em Atenção Básica com base no Arco de Maguerez e na socioclínica institucional (continua)

Etapas	Atividades pedagógicas propostas	Identificação das características da socioclínica institucional	Avaliação
<p><b>Primeira etapa:</b> <b>Problematização:</b> os residentes de cada Unidade de Saúde terão como primeira tarefa trazer um problema relacionado aos CP, que encontram na ESF onde realizam sua prática na AB, e apresentá-lo ao grupo de participantes do primeiro encontro.</p>	<p>Dinâmica de descontração: O facilitador explicará qual o objetivo dos encontros, sua dinâmica, os conceitos sobre a temática e disporá de tempo para que os residentes coloquem suas dúvidas e receios, como acontece nas assembleias gerais ou nos encontros socioclínicos institucionais.</p> <p>Apresentação dos problemas na realização dos CP selecionados de cada grupo. O facilitador fará um acordo com os estudantes para que não haja juízos de valor e posturas antiéticas durante a exposição do problema. Os residentes, em seu campo de atuação, terão como tarefa na dispersão, em 1 semana, encontrar um caso elegível em CP para problematizar sua prática de cuidados à pessoa e aos familiares que necessitem de CP e trazê-lo para o segundo encontro (fase da teoria com a prática na ESF).</p>	<p>Possíveis características da socioclínica institucional que poderão aparecer no encontro: Participação dos sujeitos no dispositivo; Análise das implicações dos participantes com as instituições saúde, educação, família, política, entre outras; Análise do contexto e das interferências institucionais; Análise da encomenda e das demandas; Trabalho dos analisadores; Intenção da produção de conhecimentos.</p>	<p>Realizada diariamente por todos os participantes, inclusive o facilitador da oficina, nos seguintes itens: Participação e interesse na atividade; Capacidade de interação entre os participantes; Trabalho em equipe; Postura ética; Compromisso; Responsabilidade; Frequência; e assiduidade.</p> <p>Avaliação remota da oficina pelos alunos, trazendo os pontos positivos e o que poderia melhorar. A avaliação deverá ser individual e enviada ao facilitador por e-mail.</p>
<p><b>Segunda etapa:</b> <b>Elencar pontos-chave</b> relacionados ao problema.</p>	<p>O facilitador iniciará a oficina realizando a restituição dos principais pontos abordados na oficina anterior, inclusive os aspectos que considerar relevantes das avaliações remotas recebidas, e irá franquear a palavra aos presentes. O facilitador solicitará que os grupos façam um levantamento das possíveis causas que estão determinando o problema da prática de cuidados à pessoa</p>	<p>Restituição; Participação dos sujeitos no dispositivo; Análise das implicações dos participantes com as instituições saúde, educação, família, política, entre outras;</p>	<p>Idem aos itens de avaliação diária mencionados anteriormente; Avaliação do envio dos pontos-chave ao facilitador.</p>

**Quadro 11.** Etapas propostas para a operacionalização das oficinas pedagógicas para a Residência Multiprofissional em Atenção Básica com base no Arco de Maguerez e na socioclínica institucional (continuação)

Etapas	Atividades pedagógicas propostas	Identificação das características da socioclínica institucional	Avaliação
<b>Segunda etapa</b>	<p>e aos familiares que necessitem de CP na sua unidade.</p> <p>Após um tempo definido pelo facilitador, cada grupo apresentará seus pontos-chave para todos os participantes.</p> <p>Estes poderão fazer questionamentos, solicitar esclarecimentos ou contribuir com o grupo.</p> <p>O facilitador deverá reservar um tempo no final da oficina para sintetizar os pontos-chave, destacando os comuns em todos os grupos, favorecendo os debates sobre a questão.</p> <p>O facilitador orientará os residentes para a próxima etapa: a da teorização, definindo com cada grupo a temática de sua busca teórica nas bases de dados e indicando referências bibliográficas pertinentes.</p> <p>Envio dos pontos-chave ao facilitador até a data pactuada com o grupo.</p>	<p>Análise do contexto e das interferências institucionais;</p> <p>Análise da encomenda e das demandas;</p> <p>Trabalho dos analisadores;</p> <p>Intenção da produção de conhecimentos.</p>	-
<p><b>Terceira etapa:</b></p> <p><b>Teorização:</b></p> <p>Cada grupo vai realizar uma busca teórica a partir dos pontos-chave.</p> <p>Para que os temas não fiquem repetidos, o facilitador auxiliará os alunos na teorização mais pertinente aos pontos-chave levantados pelos respectivos grupos.</p>	<p>O facilitador iniciará a oficina realizando a restituição dos principais pontos abordados na oficina anterior.</p> <p>Cada grupo terá um tempo para apresentar sua teorização.</p> <p>Após as apresentações, o facilitador abrirá para debates, de maneira que todos os participantes falem de suas experiências com os estudos bibliográficos e suas sistematizações, e analisem suas implicações com a</p>	<p>Restituição;</p> <p>Participação dos sujeitos no dispositivo;</p> <p>Análise das implicações dos participantes com as instituições saúde, educação, família, política, entre outras;</p> <p>Análise do contexto e das interferências institucionais;</p> <p>Análise da encomenda e das demandas;</p> <p>Trabalho dos analisadores;</p>	<p>Idem aos itens de avaliação diária mencionados anteriormente.</p> <p>Avaliação do envio ao facilitador das buscas teóricas realizadas.</p>

**Quadro 11.** Etapas propostas para a operacionalização das oficinas pedagógicas para a Residência Multiprofissional em Atenção Básica com base no Arco de Maguerez e na socioclínica institucional (continuação)

Etapas	Atividades pedagógicas propostas	Identificação das características da socioclínica institucional	Avaliação
<b>Terceira etapa</b>	problemática e com o processo de ensino. Envio ao facilitador das buscas teóricas realizadas, em data pactuada com o grupo.	Intenção da produção de conhecimentos; Mudanças que começam a ocorrer à medida que o processo de intervenção avança.	–
<b>Quarta etapa: Elaboração de hipóteses e busca de estratégias</b> para os problemas levantados, tomando como base a teorização realizada pelo grupo.	O facilitador iniciará a oficina realizando a restituição dos principais pontos abordados na oficina anterior. O facilitador irá definir um tempo para que os grupos elaborem hipóteses de solução para os problemas. Cada grupo deverá apresentar para todos os participantes as hipóteses levantadas, com as respectivas estratégias de intervenção multiprofissional planejadas, de maneira que todos possam opinar sobre elas. O facilitador deverá problematizar se as estratégias levantadas pelo grupo têm condições de serem aplicadas na realidade, considerando-se, sobretudo, os critérios de governabilidade, os recursos disponíveis, o tempo de execução e a efetividade. Caso a estratégia envolva outro nível para a solução do problema, o facilitador deverá orientá-los a buscarem estratégias que estejam no nível de resolução do grupo. Envio de um quadro contendo as hipóteses levantadas pelo grupo, bem como as estratégias de intervenção multiprofissionais pensadas.	Restituição; Participação dos sujeitos no dispositivo; Análise das implicações dos participantes com as instituições saúde, educação, família, política, entre outras; Análise do contexto e das interferências institucionais; Análise da encomenda e das demandas; Trabalho dos analisadores; Intenção da produção de conhecimentos; Mudanças que começam a ocorrer à medida que o processo de intervenção avança.	Idem aos itens de avaliação diária mencionados anteriormente. Avaliação do envio de um quadro contendo as hipóteses levantadas pelo grupo, bem como as estratégias pensadas.



**Quadro 11.** Etapas propostas para a operacionalização das oficinas pedagógicas para a Residência Multiprofissional em Atenção Básica com base no Arco de Maguerez e na socioclínica institucional (continuação)

Etapas	Atividades pedagógicas propostas	Identificação das características da socioclínica institucional	Avaliação
<b>Quarta etapa</b>	O trabalho deverá ser enviado até a data pactuada com o facilitador. Cada grupo aplicará em sua realidade a estratégia de intervenção multiprofissional escolhida em prazo pactuado em grupo. O facilitador estará em local acessível aos grupos via internet para que estes possam tirar dúvidas, caso necessário.	-	-
<b>Quinta etapa: Aplicação na realidade</b> Restituição da aplicação da intervenção multiprofissional planejada por cada grupo no território de sua unidade de ensino prático.	O facilitador iniciará a oficina realizando a restituição dos principais pontos abordados na oficina anterior. O facilitador estará em local acessível aos grupos via internet para que estes possam tirar dúvidas, caso necessário. Após a realização da atividade prática, cada grupo terá um horário com o facilitador para relatar a atividade realizada, colocando os aspectos favorecedores e dificultadores da atividade.	Restituição; Participação dos sujeitos no dispositivo; Análise das implicações dos participantes com as instituições saúde, educação, família, política, entre outras; Análise do contexto e das interferências institucionais; Análise da encomenda e das demandas; Trabalho dos analisadores; Intenção da produção de conhecimentos; Mudanças que começam a ocorrer à medida que o processo de intervenção avança.	Idem aos itens de avaliação diária mencionados anteriormente. Os residentes deverão realizar individualmente uma avaliação sobre as oficinas, a ser entregue por escrito ou por e-mail, destacando: Quais os aspectos positivos que a oficina teve para o aprendizado em CP? Em que aspectos a oficina poderia melhorar? De que maneira pensam em ser multiplicadores da temática CP na AB para a equipe de saúde.
<b>Etapa final: Assembleia geral.</b>	O facilitador irá solicitar que um representante de cada grupo fale na assembleia sobre as fragilidades e potencialidades observadas na realização da atividade teórico-prática após terem participado da oficina. A palavra será aberta a todos para expressão livre, debates, proposições, entre outros.	Idem às anteriores. A assembleia é uma prática da Análise Institucional, em que todos os participantes têm direito à voz nos debates, e a palavra é livre para expressarem suas opiniões.	Idem aos itens de avaliação diária mencionados anteriormente. Os residentes devem responder com uma palavra ou breve frase ao seguinte questionamento: O que é CP na AB para você?

Legenda: AB – Atenção Básica; CP – Cuidados paliativos; ESF – Estratégia Saúde da Família. Fonte: Elaborado pela autora.