

Série Vivências em Educação na Saúde

---

# APRENDER COM A PRÁTICA E ATUAR EM COLETIVOS: INTERSEÇÕES ENSINO E TRABALHO NO ESCOPO DA SAÚDE

---

ORGANIZADORES:

Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista,  
Denise Bueno, Júlio Cesar Schweickardt





Vivências em Educação na Saúde

**ORGANIZADORES:**

Alcindo Antônio Ferla  
Gabriel Calazans Baptista  
Denise Bueno  
Júlio Cesar Schweickardt

# APRENDER COM A PRÁTICA E ATUAR EM COLETIVOS: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde

**1º Edição**  
**Porto Alegre/RS 2020**  
**Rede UNIDA**

editora  
  
redeunida

**COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA**  
Túlio Batista Franco

**COORDENAÇÃO EDITORIAL**

**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla

**Editores Associados:** Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimaraes, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

editora



redeunida

**CONSELHO EDITORIAL**

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha  
**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália  
**Ardigo Martino** - Universidade de Bolonha, Itália  
**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha  
**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América  
**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil  
**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**Heider Aurélio Pinto** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil  
**Leonardo Federico** - Universidade de Lanús, Argentina  
**Lisiane Bøer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil  
**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil  
**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil  
**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil  
**Maria Augusta Nicoli** - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália  
**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil  
**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil  
**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil  
**Simone Edi Chaves** - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil  
**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil  
**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil  
**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**Vera Lucia Kodjaoglianian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
**Vera Maria da Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**Vincenza Pellegrini** - Università di Parma, Itália

Comissão Executiva Editorial  
**Gabriel Calazans Baptista**  
**Márcia Regina Cardoso Torres**

Projeto gráfico Capa e Miolo  
**Editora Rede UNIDA**

Diagramação / Arte da Capa  
**Junio Pontes**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

**F357a**

**Ferla, Alcindo Antônio (org.) et al. Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde / Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista, Denise Bueno e Julio Cesar Schweickardt.**

**1.ed.** - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020.

**188 p.:** - (Série Vivências em Educação na Saúde; v.13) E-book: PDF.

**ISBN (Eletrônico):** 978-65-87180-08-3

**DOI:** 10.18310/9786587180083

**1.** Interprofissionalidade. **2.** Formação em Saúde. **3.** Saúde Coletiva. **4.** Trabalho em Saúde. **I.** Título.

**II.** Assunto. **III.** Organizadores.

**20-30180004**

**CDD 610:344.041**

**CDU 61:371.133**

**ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO**

**1.** Medicina: Problemas sociais e serviços: pessoal médico e suas atividades, problemas na prática da medicina.  
**2.** Medicina: Prática de ensino

**Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846**

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, Nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252 - [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

## Vivências em Educação na Saúde

A série Vivências em Educação na Saúde veicula estudos, pesquisas e relatos de experiências que percorrem as distâncias entre as orientações que constam nas diretrizes legais e conceituais para a educação e o trabalho no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um tema cujo debate contemporâneo tem salientado a construção de novas práticas acadêmicas e a internalização de novas posturas profissionais, tendo como objeto as políticas de educação e saúde. As políticas nacionais de educação na saúde vêm induzindo processos de mudança na formação dos profissionais da denominada "área da saúde".

No entanto, para além da carga horária e da organização dos conteúdos obrigatórios, o perfil dos egressos de cursos superiores e técnicos, com escassas mudanças até o presente, é o que deve estar no centro da discussão. Por meio desta série se quer oportunizar espaço de socialização de conhecimento útil à gestão e às instituições formadoras, mostrando experiências potentes em educação na saúde, novos olhares e conhecimentos emergentes.

---

# APRENDER COM A PRÁTICA E ATUAR EM COLETIVOS: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde

### **ESTA TEVE INCENTIVO:**

Organização Pan-americana da Saúde, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia, Campanha "e-livro, e-livre" da Editora Rede Unida.

### **REVISORES:**

Odete Torres, Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista, Júlio Cesar Schweickardt.

### **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:**

FERLA, Alcindo Antônio (org.) et al. Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Vivências em Educação na Saúde, v.13). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-08-3.

**1º Edição**  
**Porto Alegre/RS 2020**  
**Rede UNIDA**

# SUMÁRIO

- 1** **Apresentação: Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: práticas compartilhadas e exigências de interação em equipe na saúde** (Mónica Padilla) **08**
  - 2** **Interseções ensino e trabalho na saúde: aprendendo com a prática a atuar em coletivos** (Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista, Denise Bueno, Júlio Cesar Schweickardt) **15**
  - 3** **Da temática da violência interpessoal à formação interdisciplinar** (Bruna Campos de César, Helena Terezinha Hubert Silva) **23**
  - 4** **“Oxente, esse curso me abriu a mente!” - Caminhos do cuidado e os efeitos da formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) em Alagoas** (Emilene Andrada Donato) **32**
  - 5** **Qualificação profissional em registros e informações em saúde: uma experiência no Piauí** (Sérgio Munck, Fernanda Martins) **47**
  - 6** **Percepções sobre a importância da educação interprofissional para promoção da saúde: uma experiência no sudoeste goiano** (Edlaine Faria de Moura Villela, Izabella Cadore, Fabíola Silva Lima) **62**
  - 7** **A interdisciplinaridade como ferramenta para a construção de saberes coletivos: uma experiência de estágio** (Jhulyane Cristine da Cunha Nunes, George Coelho dos Reis Junior, Kyvia Naysis de Araújo Santos) **79**
  - 8** **Formação e prática interprofissional para a implementação da política estadual de atenção integral à saúde do homem no estado do Rio Grande do Sul** (Bruna Campos de César, Helen Barbosa dos Santos) **89**
-

- 
- 9** **A produção do cuidado psicossocial: o itinerário da residência multiprofissional em saúde mental na territorialização** (Aline Maria Furtado de Carvalho, Bruno Falcão Batista, Elias Neves do Nascimento Filho, Gicélia Almeida da Silva, Lorena Saraiva Viana) **99**
- 10** **Residência multiprofissional e a interprofissionalidade: a discussão de casos da APS como estratégia sensibilizadora para o cuidado centrado na pessoa** ((Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani, Nara Maria Holanda de Medeiros, Amy Tanaami, Gabriela Junqueira Calazans, Rosana Machin, Patrícia Coelho de Soarez) **114**
- 11** **Educação permanente em saúde como ferramenta de integração ensino-serviço de saúde do município de Sobral - CE** (Edmilson Ferreira Bezerra Filho, Francisco Robson Pereira Bezerra, Cyntia Monteiro Vasconcelos) **128**
- 12** **Formação interprofissional em saúde mental: a potência do trabalho como espaço formativo** (Ana Carolina Cerqueira Medrado, Liliane Elze Falcão Lins Kusterer, Elizeu Clementino de Souza) **140**
- 13** **Formação em saúde pelo EDPOP-SUS: educação popular, trabalhos de campo e relações interprofissionais** (Rogério Andrade dos Santos) **154**
- 14** **O cenário das residências multiprofissionais em saúde no estado do Pará: os avanços e desafios para a formação permanente para o Sistema Único de Saúde** (Márcia Maria Bragança Lopes, Raquel Cristina Campos dos Santos, Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena) **165**
- 15** **Sobre os autores e autoras** **184**
-

# APRESENTAÇÃO

## Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: *aprender com a prática e atuar em coletivos como disposição para o desenvolvimento do trabalho em saúde*

01

**Mônica Padilla**

Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde / OPAS/OMS Brasil

### Introdução

Uma verdade universal: não existe saúde sem recursos humanos em saúde (OMS, 2013). Qualquer sistema de saúde se efetiva por meio da força de trabalho, ou seja, do conjunto de profissionais e trabalhadores suficiente, competentes, comprometidos e valorizados pelo seu sistema de saúde (OPS, 2010), organizados de maneira a que sejam dadas respostas à cidadania de acordo com os direitos que ela têm e com a qualidade e excelência requeridas.

A saúde mundial é forçada a lidar com novos desafios em um ritmo acelerado, sem necessariamente ter vencido alguns antigos. Os sistemas de saúde ainda se deparam com uma tendência à fragmentação e, conseqüentemente, a apresentar soluções incapazes de atender integralmente às necessidades de saúde presentes neste contexto dinâmico. Ainda que exista um conjunto significativo de evidências que amparam o trabalho e a formação interprofissional como uma das alternativas de enfrentamento a esses desafios, o desejo de engajar-se em um compromisso vindouro também é frequentemente interrompido por crises econômicas e sanitárias, pelo aumento dos custos e gastos com assistência à saúde e por pressões de diversos setores que ou se beneficiam diretamente com as conseqüências desse modelo, ou que estão ainda presos e capturados por esta lógica por conservadorismo e dificuldade de lidar com o que fuja do tradicional.

Embora a interprofissionalidade possa carregar consigo uma certa pecha de novidade ou inovação, as pesquisas que sustentam sua eficiência e relevância começaram a se intensificar já na metade do século passado, ou seja, o interesse pelo tema e, principalmente, as práticas no mundo do trabalho e da formação já existem relativamente há um bom tempo. Todavia, essa percepção de ser algo novo se deve, em grande parte, pelo fato de ainda ser uma via não-hegemônica e que, portanto, enfrenta questionamentos quanto à sua pertinência e seus resultados. Por outro lado, felizmente, muitos formuladores e executores de políticas têm reconhecido que investir em uma força de trabalho forjada em ambientes interprofissionais e colaborativos é uma das melhores formas de enfrentar esses complexos desafios de saúde.

A efetiva prática colaborativa qualifica práticas clínicas, otimiza serviços, fortalece os sistemas e incita melhorias de resultados na saúde. Seja no ambiente hospitalar, em ambulatórios especializados ou nas unidades e centros de atenção primária a saúde, os usuários costumam relatar maior satisfação, melhor aceitação da assistência prestada e melhoria de resultados de saúde após receberem tratamento por uma equipe colaborativa. As evidências das pesquisas ainda apontam que a prática colaborativa contribui, por exemplo, para: (I) ampliar e qualificar o acesso e a coordenação dos serviços de saúde; (II) promover o uso adequado de recursos clínicos especializados; (III) melhorar as condições de saúde de pacientes crônicos; (IV) ampliar a segurança dos usuários em serviços de saúde; (V) reduzir o número de complicações e o tempo de internação hospitalar (VI) diminuir rotatividade de profissionais e aumentar a satisfação com o trabalho.

Em setembro de 2017 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, aprovou a Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, da qual traz uma série de recomendações para representantes de seus Estados Membros, no intuito de qualificar seus sistemas de saúde, com foco no desenvolvimento e fortalecimento das capacidades humanas para a saúde. Dentre os destaques, apontou-se para a necessidade de investir em “equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde”.

Essa afirmação parte de uma prerrogativa de que a formação interprofissional é uma etapa de vital importância para a composição e atuação da força de trabalho em saúde, assumindo que estas possuem um compromisso indissociável com uma prática colaborativa e centrada nas necessidades de saúde locais. A prática colaborativa, por sua vez, acontece efetivamente quando vários profissionais de

saúde com diferentes vivências e experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores, comunidades (e entre si), visando uma assistência integral e de qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde no contexto local, contribuindo consequentemente para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde.

## ○ A integração ensino e trabalho como desafio atual

Como registrei anteriormente, para pensar sobre o tema dos recursos humanos é necessário visitar dois grandes processos sociais: educação e trabalho. A formação profissional é apoiada pelas ações da academia associadas à excelência do conhecimento no desenvolvimento de pesquisas e habilidades profissionais, enfim, esse é o ator social responsável pelos perfis profissionais da diversidade de profissões e ocupações de saúde. Uma discussão antiga e persistente tem sido a necessidade de trazer a educação dos profissionais para o mundo do trabalho em saúde. Importantes esforços têm sido desenvolvidos para modificar a estrutura de conteúdo, os métodos de ensino e principalmente a inserção precoce dos alunos nos sistemas de saúde, a fim de alcançar uma formação abrangente que atinja um perfil de excelência contextualizado às necessidades das populações e dos sistemas de saúde dinâmicos.

Para o Brasil, a discussão do trabalho em saúde como espaço de aprendizagem tem influenciado muito a relação com o mundo acadêmico. É no trabalho onde são desenvolvidas não apenas as competências técnicas da clínica, patologia, cirurgia, mas onde se integra o conhecimento e a ação das diferentes profissões frente às demandas dos serviços e cuidados da população. Esta reflexão sobre o trabalho colaborativo do conjunto de profissões integradas no espaço de trabalho deu origem a várias intervenções políticas que acompanham a necessidade de formar profissionais no campo de atuação no trabalho. A política de educação permanente pode ser um reflexo concreto desta reflexão técnica, teórica e, também, prática realizada no Brasil, acredito em uma importante parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde há muitos anos. Já são mais de 20 anos em que esses elementos são incorporados como fundamentos para pensar que a aproximação entre educação e trabalho baseados não somente na excelência profissional, mas também na integração entre profissões e na qualidade da atenção e do cuidado com os cidadãos, pensando que eles também são uma unidade que requer uma abordagem integrada, transdisciplinar, interprofissional etc.

Um grande esforço vem sendo feito, tanto do ponto de vista pedagógico como da perspectiva de gestão organizacional e das políticas públicas, para que as universidades avancem no sentido de incorporar em suas metodologias manei-

ras que permitem aos alunos integrarem-se rapidamente e mais precocemente nos espaços trabalhar para, assim, alcançar competências que vão além do domínio das técnicas e abrangem o quadro de gestão e trabalho colaborativo. Este trabalho que vem sendo acompanhado pela Organização Pan-Americana da Saúde nos últimos 10 anos deixa, entretanto, muitas dúvidas por causa da resistência à mudança, pois a velocidade das mudanças está associada à possibilidade real de mudança, não somente da cultura em termos de ensino, mas também à inserção nos espaços dos serviços de saúde para que os alunos ingressem não como meros observadores, mas como gestores e executores de serviços com a população. Essas grandes dificuldades, tanto em termos de regulação e gestão, como de segurança, ainda são desafios que permanecem na Região das Américas. A última medida das metas regionais de recursos humanos, que foram incorporados como um dos objetivos da década, incluiu a integração entre universidades e serviços, entre docência e atenção, entre educação e trabalho, indica que, em termos regionais de forma geral, houve muito pouco movimento nos últimos 10 anos. Entretanto, por certo há um número de universidades e iniciativas que já percorreu um longo caminho em termos de integração do trabalho colaborativo e, também, do trabalho interprofissional.

Importante mencionar aqui, por exemplo, o movimento canadense e norte-americano sobre o tema da missão social das escolas, das universidades, das faculdades de medicina e de outras profissões que dão grande destaque não só à inserção precoce dos profissionais nos serviços, mas também da inserção em serviços que são encontrados em comunidades que requerem mais atenção em termos de equidade. Então, tem havido uma discussão muito importante para poder avançar dessa forma. Nos últimos anos a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde incorporaram um elemento que considero muito importante, que é o aspecto da interprofissionalidade na educação, porque enquanto há clareza em relação ao trabalho, o aspecto interprofissional é praticamente uma exigência para um indivíduo que se integra em serviços, tendo que ser visto também durante a formação. A educação, em geral, segue sendo fragmentada e separada por disciplinas.

Nesta perspectiva, um importante esforço vem sendo feito pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde na região das Américas, para refletir sobre o campo da educação e, principalmente, sobre as categorias de trabalho colaborativo e da prática integrada, mas, principalmente, uma reflexão sobre as formas de ensinar que nos permitam avançar nesta linha. Isso também permitiu um diálogo importante que foi colocado aqui no Brasil, porque também permitiu identificar os avanços, mas também alguns desafios que devem ser tomados com essa orientação.

Com a intenção de compreender melhor, então, os avanços na educação e, especificamente, focar um pouco nos aspectos da formação interprofissional e na vida cotidiana, a chamada de manuscritos que deu origem às publicações

temáticas dos livros aqui apresentados, foi lançada para receber um conjunto de materiais e documentos para descrever o que hoje é a prática na formação e no trabalho em saúde nas universidades e estados do Brasil. Como resposta à chamada, aparece um conjunto de produções que descrevem as práticas cotidianas em todo o país e que permitem demonstrar o nível de incorporação dos conceitos de trabalho colaborativo e interprofissional, tanto no campo do trabalho como na educação. O conjunto de textos aprovados para publicação constitui um documento que apresenta 4 grandes ênfases das experiências desenvolvidas que nos permitem realmente analisar e passar por esses elementos.

Os tópicos que nucleiam os textos recebidos são o ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho, principalmente equipes de saúde orientadas ou aprendendo com a prática e agindo coletivamente; também as intersecções entre ensino e trabalho no campo da saúde; o componente de práticas compartilhadas e requisitos de interação permitem analisarmos a realidade cotidiana e ver como muito do que é teoricamente descrito na educação interprofissional pode ser desenvolvido; e, finalmente, o tema do trabalho e aprendizagem conjunta, que vai levar a alguns aspectos do ensino, mas também a ética e o comportamento das equipes de saúde. No conjunto, os textos oferecem um conjunto de informações muito interessantes, que permitem aos estudiosos e àqueles que querem encontrar explicações e algumas orientações sobre como agir para promover os temas de saúde e da educação interprofissional no país e, também, para a nossa Região das Américas.

O compromisso de avançar na conformação de equipes interprofissionais, tanto em sua constituição, no trabalho, mas também na educação dessas equipes nas escolas, universidades e instituições de ensino é uma das metas estabelecidas para os próximos 10 anos no âmbito do plano estratégico da Organização Pan-americana de Saúde. Há, sem dúvida, uma série de parceiros e aqui no Brasil avançando tanto nas reflexões e na produção científica, quanto nas práticas já incorporadas por meio de um conjunto de políticas que o país lançou. Esse é um espaço que vai permitir uma grande aprendizagem.

## ○ As experiências locais como desafio à aprendizagem

A temática definida para a chamada dos manuscritos e sua relação no cenário global, remete-nos à famosa frase atribuída a Patrick Geddes: “Think globally, act locally” (“pense globalmente, aja localmente”), que reconhece a necessidade de se refletir a partir de um contexto globalizado, contudo, sem menosprezar ou desconsiderar as idiosincrasias locais e a constatação quase que óbvia que qualquer ação feita para mudança só tem efeito se aplicada em seu próprio meio. Muito embora os desafios e problemas assumam uma feição semelhante em diferentes lugares mundo afora, as especificidades estão longe

de serem desprezíveis e seguramente prestam um papel relevante na definição precisa dos problemas e, também, das soluções.

Ao todo, foram submetidos 70 artigos, dos quais 47 foram selecionados para comporem quatro volumes a serem disponibilizados na biblioteca digital da Editora da Rede Unida. Foram considerados resultados de pesquisa teórica ou empírica, relatos de experiência, projetos de intervenção analisados e ensaios, tanto relativos à formação em educação superior, como educação profissional, educação em serviço e residências em saúde. Dentre os temas abordados nos trabalhos, encontram-se, por exemplo : a formação interprofissional no ensino técnico e de graduação, experiências envolvendo serviços da rede de saúde, apresentação de tecnologias e metodologias formativas, avaliação de iniciativas, ensaios teóricos e empíricos, articulações interinstitucionais, interação ensino técnico/graduação e residências integradas, implantação do núcleo comum das Diretrizes Curriculares Nacionais, práticas colaborativas no trabalho e avaliação de capacidades interprofissionais.

A intenção da organização desses livros é orientada de forma a contribuir para a reflexão no campo das políticas públicas educacionais e de saúde, considerando a educação e a prática colaborativa voltada para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), à integralidade do cuidado e à resolutividade assistencial de elevada qualidade e responsabilidade. Os textos foram agrupados de modo a dialogar com o desenvolvimento e com a avaliação do ensino, e as análises apresentam caráter interdisciplinar quanto ao estudo (no campo epistêmico e interprofissional), e quanto ao agir no trabalho. Ademais, os textos são obras transversais às grandes áreas de conhecimentos da saúde, das ciências sociais e das ciências humanas, especialmente inscritas no campo de domínio da saúde coletiva.

O livro que está em sua tela articula o desenvolvimento profissional contínuo pelos desafios da ação colaborativa, revelando as linhas de entrecruzamento ensino e trabalho na saúde, conforme a documentação de contextos educacionais cooperativos de formação interdisciplinar, de educação em serviço para pessoal do nível superior e técnico, de estágios de graduação, de residência, de educação profissional e até de educação popular, além da integração ensino-serviço-comunidade e da implementação de novas políticas públicas de atenção.

O considerável número de trabalhos enviados indica tanto que existe interesse pelo tema da formação interprofissional, quanto que há ações e medidas concretas sendo executadas em todo o território brasileiro. Não obstante, para além disso, esses trabalhos demonstram um comprometimento com a prática colaborativa e com um fazer saúde implicado em atender às necessidades complexas e dinâmicas impostas aos profissionais de saúde no seu cotidiano local, e o fato de haver de fato tantas experiências em âmbito local, comprovam que o país como um todo

avança para uma agenda nacional e se alinha com diretrizes que são apontadas num contexto global.

Eu recomendo a leitura desses textos, principalmente, com o objetivo de identificar os aspectos que já fazem parte do nosso trabalho e, também, os desafios que ainda precisam ser cultivados e sistematizados para serem aplicados. Na realidade, é um assunto que está em pleno debate. Então, devemos aprender muito não somente para teorizar e conceituar, mas, também, para aplicar. Mais ainda, para ser uma prática incorporada no trabalho em saúde, como falamos no início, que permita uma aproximação entre o mundo da educação e trabalho em saúde, que ainda é um desafio pendente em nossa região.

## ○ Referências

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A universal truth: no health without a workforce**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf). Acesso em 05/03/2019.

OPS. Organização Pan-americana da Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas". Washington, D.C.: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Disponível em [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307). Acesso em 05/03/2019.

# Interseções ensino e trabalho na saúde: aprendendo com a prática a atuar em coletivos

02

*Alcindo Antônio Ferla  
Gabriel Calazans Baptista  
Denise Bueno  
Júlio Cesar Schweickardt*

## ○ Introdução

O conjunto de textos que compõem esse livro é formado por experiências selecionadas entre um grande número de outras que foram sistematizadas e submetidas a uma chamada pública para compartilhamento de reflexão sobre a educação e o trabalho interprofissional. O volume de manuscritos selecionados após a avaliação de pares extrapolou o planejamento inicial e ao invés de um livro, foram produzidos quatro. Ao todo, foram submetidas 70 experiências, das quais foram aprovadas para publicação nas coletâneas um total de 47.

As experiências selecionadas foram agrupadas de acordo com ênfases temáticas que são representativas da produção brasileira sobre o tema da interprofissionalidade, quer seja o trabalho colaborativo e a aprendizagem baseada no trabalho, a aprendizagem em coletivos a partir da prática, o trabalho colaborativo em equipes e a técnica e a ética do trabalho em equipes. Diferente da ênfase constatada na literatura internacional, as experiências brasileiras selecionadas demonstram que o vetor de interação interprofissional entre o ensino e o trabalho é de duplo fluxo, como pode ser constatado na leitura dos capítulos que compõem essa e as demais obras. Há interprofissionalidade como efeito do ensino, sobretudo em modelagens ativas de aprendizagem, e como efeito da organização compartilhada do trabalho no cotidiano complexo dos diferentes pontos de atenção, redes e sistemas locais de saúde. Há uma forte contribuição dos programas de residência em área profissional da saúde, sobretudo quando multiprofissionais, e das modelagens tecnoassistenciais (MERHY, 2002) do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando vitalidade e criatividade nos modos descentralizados e participativos, conforme orienta a disposição constitucional para o sistema de saúde. As modelagens, como aponta Merhy (2002) são modos como o trabalho se orga-

niza, combinando tecnologias de diferentes naturezas e gerindo-as, no caso dos relatos apresentados, com base em tecnologias leves, relacionais. São os pontos de conexão do trabalho com o contexto vivo que requer respostas, sanitárias e educacionais nesse caso, que ajudam a configurar as respostas. Portanto, quando nos referimos à atuação em coletivos, as aprendizagens referidas não são apenas na dinâmica das equipes, mas nas redes trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários, trabalhadores em formação/trabalhadores com vínculo profissional com os serviços ..., enfim, coletivos que se espalham pelos territórios. Quebram-se, portanto, as hierarquias fixas das equipes e com o território e assumem composições em ato. Os coletivos aqui são móveis, com travessias de fronteira (CECCIM; FERLA, 2008) permanentes, gerando laços e redes.

Dos manuscritos submetidos originalmente e aprovados, organizamos aqui 12 deles, com um total de 35 autores em produções colaborativas, abrangendo as 5 regiões geopolíticas nacionais e envolvendo 11 estados da federação. Uma retificação, as autorias envolveram 26 autoras e 09 autores, equivalendo a 74% de mulheres, com formações muito diversificadas, seja em cursos técnicos e de graduação ou de pós-graduação. As redes de autoria, aqui, são femininas e a inovação que apresentam também é. Aos capítulos selecionados a partir do edital, foram acrescentados uma apresentação elaborada pela Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde da representação brasileira da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS), Dra. Mônica Padilla, que contribuiu para a análise com o contexto internacional e que mobilizou o apoio daquela organização na finalização das publicações, e um capítulo dos organizadores.

A chamada de manuscritos foi publicada por meio do Edital N° 03/2017, cujo apelido, "Chamada Interprofissionalidade em Saúde", colocava esse atributo genericamente no trabalho de ensino e nos trabalhos da saúde. Foi viabilizado por meio de uma parceria entre a Rede Unida e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e simbolizou a decisão institucional de dar voz a novos autores e, sobretudo, realizar uma escuta atenta às experiências locais, com a cor e o sabor do SUS no país como um todo. A chamada deu seguimento a uma parceria que envolvia anteriormente o Ministério da Saúde, que não se continuou nessa etapa.

As autorias, essa era uma hipótese forte, são também sujeitos ativos das mudanças na formação e nas cenas cotidianas do mundo do trabalho em saúde. Compartilhar experiências sistematizadas a partir do corpo vibrátil dos artífices da interprofissionalidade no cotidiano tinha a função de produzir visibilidade às ações, mas também renovar o pensamento sobre o tema, embebendo-o de diversidades locais. A produção de narrativas sobre a experiência do vivido é aprendizagem, é dispositivo de educação permanente em saúde e, portanto, estimular a sistematização é uma ação política de fortalecimento das próprias experiências (FERLA et al, 2019).

Acolhemos, assim, desejos e produzimos registros das cenas da vida real, estimulando outros autores e atores à novas transformações. Como já registrado ao longo dos demais livros, há um dado significativo e sensível aqui: interessava-nos, ao propor o edital, também uma escuta ao cotidiano da formação e do trabalho, buscando sopros do que se constitui a partir da experiência de atores e atrizes que fazem a educação na saúde no cotidiano, seja no interior de redes e serviços do SUS, seja no interior das instituições de ensino e pesquisa. Estimular novos encontros é resposta e estímulo ao modo como já sabemos que o desenvolvimento do trabalho na saúde e na educação se produz. Afinal, a aprendizagem se faz no encontro (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018).

Essa iniciativa de escuta às experiências com gosto de interprofissionalidade local esteve inserida no projeto de pesquisa “Interprofissionalidade na formação e no trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS): sistematizando e disseminando evidências no cotidiano do ensino e da atuação profissional no interior de sistemas e serviços de saúde”, que busca as tensões desse cotidiano para sistematizar e analisar metodologias e tecnologias que não surgem apenas como resposta às políticas e teorias. A pesquisa é desenvolvida pela Associação Brasileira da Rede Unida, que tem origem na articulação entre a educação e o trabalho em saúde em cenários desprovidos das paredes das salas de aula. Origem marcada pela articulação com pesquisadores de diversas instituições, que se mobilizam há algum tempo com a pesquisa, cujo objetivo é identificar e analisar experiências de educação e trabalho interprofissional em diferentes contextos dos sistemas de saúde e educação, para fortalecer a capacidade analítica e de formulação de políticas para a educação e o trabalho interprofissional. Na iniciativa do edital, as experiências compuseram mais três eixos de análise, cada um dos quais com uma publicação específica.

Usar a expressão “tensões do cotidiano” não é recurso retórico. Há algum tempo, Madel Luz (2009) nos alerta sobre o engendramento de saberes e práticas da saúde coletiva que não se furta do complexo. As tensões entre disciplinas, no caso as disciplinas que compõem o escopo do campo e as “invasões” de novos conhecimentos disciplinares pela expansão de temas complexos sobre os quais os pesquisadores e pesquisadoras do campo se ocupam, e entre os conhecimentos e as práticas, entre as normas epistemológicas da ciência vigente e as racionalidades pragmáticas do mundo do trabalho, são dispositivos de desenvolvimento do conhecimento (LUZ, 2009). Assim, a pesquisa e os seus recursos analíticos são próximos de uma pesquisa de intervenção, em que se sistematiza novos conhecimentos ao tempo em que se aposta no desenvolvimento de novas fronteiras de saber e na expansão do efeito da ciência e da técnica na qualidade da saúde, da vida e da democracia que se vive no cotidiano.

## Os nexos entre trabalho e educação em contextos de complexidade

No livro que chega às suas mãos, foram agrupados textos com diversos contextos, mas que têm em comum as interseções ensino e trabalho na saúde que geram aprendizagens com a prática e que produzem a atuação em coletivos. As presenças mais frequente em termos teóricos e analíticos são tecnologias relacionais, engendradas no cotidiano como necessidade para respostas aos problemas complexos e os contextos em que as experiências se desenvolveram têm a complexidade definida pela natureza de certas questões que mobilizam o trabalho (saúde mental, saúde do homem, promoção da saúde) e da produção em ato de diversos programas de residência multiprofissional, onde saberes e fazeres, docentes e assistenciais, constituem pontes de aproximação dos trabalhos que lhes são constitutivos e, em grande medida, também inventam esses trabalhos.

Duas ideias são transversais aos diferentes textos e as percebemos nas últimas leituras dos textos. A primeira delas é a educação permanente em saúde como política do SUS e como política de aprendizagens no trabalho (CECCIM; FERLA, 2009). As experiências relatadas estão encharcadas de educação permanente em saúde, de análise densa e comprometida com o trabalho, de produção de tecnologias em ato; enfim, de travessias de fronteiras entre a saúde e a educação. A segunda ideia é o contato intenso com a diversidade local, com o que há de complexo em cada cena de cuidado (o cuidado que é atenção, gestão, formação e participação, em movimento de mandala; não a assistência feita apenas com saberes tecnológicos e equipamentos) e o duplo efeito pedagógico desse contato: ao quebrar identidades fixas (das abstrações do diagnóstico biomédico, das hierarquias entre os atores das cenas cotidianas), surgem aprendizagens inéditas e com potência de mudar o rumo da aprendizagem e do cuidado e se produzem dobras na normalidade, de tal forma que emergem também novas saúdes e novas formas viáveis de vida. Essa é uma constatação que os capítulos ilustrarão de forma mais viva e criativa, por certo.

O capítulo intitulado “Da temática da violência interpessoal à formação interdisciplinar”, de autoria da fonoaudióloga e sanitarista Bruna Campos De Cesaro e da médica e doutora em patologia Helena Terezinha Hubert Silva, aborda a complexa questão da violência interpessoal nos pontos de atenção do território e serviços de saúde, onde os profissionais de saúde, com frequência, ainda têm dificuldades de reconhecer, notificar e abordar questões de violência no seu cotidiano. A experiência relatada pelas autoras busca fortalecer a organização comunitária, capacitar estudantes universitários e os profissionais das áreas da saúde, educação e direito para que atuem com as vítimas de violência interpessoal ou autoprovocada com acolhimento humanizado, cuidado integral e encaminhamento responsável

na rede. O Programa Enfrentamento à Violência, que é relatado e analisado pelas autoras, é uma atividade universitária realizada desde 2005.

A psicóloga e mestra em Saúde Pública Emilene Andrada Donato, no manuscrito intitulado “‘Oxente, esse curso me abriu a mente!’ - caminhos do cuidado e os efeitos da formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) em Alagoas” apresenta um relato da formação em larga escala para a indução de mudanças no cuidado em saúde, com uma proposta pedagógica inclusiva e que mobilizou um conjunto grande de atores envolvidos na atenção básica. Trata-se do projeto Caminhos do Cuidado - Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas). O relato também analisa potencialidades e fragilidades da relação entre saúde mental e atenção básica, que foram reveladas na formação e que contribuem para a promoção de integralidade em saúde.

O manuscrito “Qualificação profissional em registros e informações em saúde: uma experiência no Piauí”, de autoria de Sergio Munck, mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde e Tecnologista em saúde pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), e de Fernanda Martins, mestre em Educação Profissional em Saúde e pesquisadora do LIRES/EPSJV/FIOCRUZ, descrevem atividades de ensino e pesquisa desenvolvida pelo Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (LIREs) na consolidação de informações e registros em saúde focalizando as linhas de ensino: informação para gestão do SUS; gestão dos registros em saúde; informação, controle social e cidadania; informação para vigilância em saúde; tecnologias de informação e comunicação no processo educativo.

O manuscrito “Percepções sobre a importância da educação interprofissional para promoção da saúde: uma experiência no sudoeste goiano” tem autoria da doutora em epidemiologia e professora da Universidade Federal de Goiás, Edlaine Faria de Moura Villela, da biomédica e especialista em epidemiologia da vigilância epidemiológica de Serranópolis/GO, Izabella Cadore, e da bióloga e especialista em epidemiologia Fabiola Silva Lima. Apresenta uma análise dos dados do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS), do INEP/MEC, com indicadores elaborados pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), para apresentar o panorama da educação interprofissional em saúde no contexto brasileiro e descrever as percepções de graduados sobre promoção da saúde no sudoeste goiano.

Jhulyane Cristine da Cunha Nunes, George Coêlho dos Reis Júnior e Kyvia Naysis de Araújo Santos, egressos dos cursos de psicologia e fisioterapia da Universidade Federal do Piauí, são autores do manuscrito “A interdisciplinaridade como

ferramenta para a construção de saberes coletivos: uma experiência de estágio”. Relatam a experiência de um estágio com ênfase em saúde coletiva desenvolvido junto ao NASF e à população adscrita. A dinâmica do estágio incluía o registro da experiência em diários de campo, posteriormente discutidos em supervisão.

No ensaio ‘Formação e prática interprofissional para a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no Estado do Rio Grande do Sul”, a mestra em saúde coletiva e trabalhadora da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Bruna Campos De Cesaro, e a doutora em Psicologia Social e Institucional Helen Barbosa dos Santos, analisam a experiência da implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no Rio Grande do Sul entre os anos de 2013 a 2015. No processo de implementação da política, distintos atores sociais, como gestores de saúde, profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e residentes, vivenciaram a formação e a construção coletiva, em acordo com as demandas de saúde locais dos homens, de projetos pilotos de implantação da saúde do homem, no contexto da atenção básica em saúde.

O capítulo “A produção do cuidado psicossocial: o itinerário da residência multiprofissional em saúde mental na territorialização” é de autoria dos residentes do programa multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Enfermeira Aline Maria Furtado de Carvalho, Educador Físico Bruno Falcão Batista, Terapeuta Ocupacional Elias Neves do Nascimento Filho, Assistente Social Gicélia Almeida da Silva e da Enfermeira Lorenna Saraiva Viana. Trata do relato de experiência sobre as etapas que envolvem o percurso de construção da territorialização da atenção básica na perspectiva da saúde mental da Rede Municipal de Saúde Mental em Sobral.

Também apresentado como relato de experiência, mas do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Capítulo denominado “Residência multiprofissional e a interprofissionalidade: a discussão de casos da APS como estratégia sensibilizadora para o cuidado centrado na pessoa” tem autoria das professoras Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Nara Maria Holanda de Medeiros, Amy Tanaami, Gabriela Junqueira Calazans, Rosana Machin e Patrícia Coelho de Soarez. Para as autoras, o processo da construção do comum permite reconhecer a potência dos aprendizados e das mudanças geradas no encontro de fazeres com o outro, promovendo a conquista de autonomia técnica, liberdade de ações e de sentidos, alinhadas nas competências da prática interprofissional.

O capítulo “Educação Permanente em Saúde como ferramenta de integração ensino-serviço de saúde do município de Sobral - CE”, de autoria do fisioterapeuta Edmilson Ferreira Bezerra Filho, do educador físico Francisco Robson Pereira Be-

zerra e da doutora em saúde coletiva e professora Cyntia Monteiro Vasconcelos apresenta uma revisão integrativa sobre a transformação das práticas profissionais e o desenvolvimento de novos conhecimentos a partir da educação permanente em saúde (EPS) a partir das produções científicas. A pesquisa apresentada buscou identificar e analisar produções científicas sobre o histórico da EPS como estratégia para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Sobral - CE.

O trabalho interprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a afinidade entre a EPS e a EIP como potencial transformador de práticas e de profissionais do campo da saúde mental é o tema do capítulo denominado "Formação interprofissional em saúde mental: a potência do trabalho como espaço formativo". O manuscrito tem autoria de Ana Carolina Cerqueira Medrado, mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho e doutoranda em Psicologia, Liliane Elze Falcão Lins Kusterer, doutora em Patologia Humana e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, e de Elizeu Clementino de Souza, doutor em Educação e professor do Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade.

O terapeuta ocupacional e mestre Rogério Andrade dos Santos é autor do capítulo "Formação em saúde pelo EDPOP-SUS: educação popular, trabalhos de campo e relações interprofissionais". No manuscrito, apresenta a construção interdisciplinar do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EDPOP-SUS), na Microrregião de Saúde de Lagarto, Sergipe, que teve como caminho pedagógico a problematização e a sistematização de vivências no tempo formativo.

"O cenário das residências multiprofissionais em saúde no estado do Pará: os avanços e desafios para a formação permanente para o Sistema Único de Saúde" é um ensaio teórico e empírico de autoria da enfermeira, doutora em filosofia da enfermagem e professora da UFPA Márcia Maria Bragança Lopes, da bibliotecária, especialista em gestão da informação em bibliotecas digitais e gerente de documentação e informação da SES do Pará Raquel Cristina Campos dos Santos, e da terapeuta ocupacional, mestre em gerontologia social e gerente de Educação Permanente da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena.

Como dissemos inicialmente, a coleção de capítulos que organizamos neste livro tem como foco os aprendizados com a prática e a atuação em coletivos nas interseções ensino e trabalho na saúde. As experiências compõem uma miríade de situações e perspectivas, nos "entres" das profissões e do trabalho, da formação profissional e do desenvolvimento do trabalho e são representativas das regiões brasileiras, em diferentes modalidades de interação entre o ensino e os sistemas locais e regionais de saúde. A leitura das experiências, narradas com doses fortes de implicação com o SUS e com a saúde como direito, acrescenta autores e con-

ceitos analisadores aos mais assíduos leitores da temática.

Sinal que a aposta que fizemos em expandir perspectivas a partir de produções locais, talhadas a quente em contextos de diversidade e, frequentemente, de adversidade, foi produtiva. Boa leitura a todos e todas. Que as autorias que se constituíram na produção dos diversos capítulos do livro tenham capacidade de contágio e que, na próxima chamada, tenhamos citações e ideias desta coletânea gerando novas experiências locais.

## ○ Referências:

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 maio 2020.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B.. Encontros de aprendizagem. Em: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (Org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em 17/02/2020.

FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, J. C.; BUENO, A. X.; BAPTISTA, G. C.; MARTINS, F. M.; TERPTE, R. F.. Narrativas como dispositivos de educação permanente em saúde: uma experiência em Tefé/AM. Em: MOREIRA, M. A.; FIGUEIRÓ, R.; FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, J. C. (Orgs.). **Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/ED.06-S%C3%89RIE-SA%C3%9ADE-E-AMAZ%C3%94NIA-3-1.pdf>. Acesso em 17/02/2020.

LUZ, Madel T.. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.304-311. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em 15/02/2020.

MERHY, E.E.. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

# Da temática da violência interpessoal à formação interdisciplinar

03

***Bruna Campos De Cesaro  
Helena Terezinha Hubert Silva***

## ○ Introdução

A Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como o uso da força física ou do poder, em forma de ameaça ou prática, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão física, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou qualquer tipo de privação. As consequências da violência geram agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, que dificultam sua experiência de viver a igualdade humana e social plenamente, caracterizando um problema de saúde. A violência pode acometer qualquer ciclo da vida, como infância, adolescência, vida adulta e velhice, além de ser cometida contra pessoas com deficiência, diferentes etnias, gênero e sexualidade; é parte de um fenômeno complexo, permeado pelo silêncio e pelo medo, e necessita acompanhamento interprofissional a fim do cuidado integral do acometido.

Apesar do tema ter assumido maior visibilidade no âmbito da educação, da pesquisa e das políticas públicas, observa-se ainda a necessidade de aprofundamento neste tema por profissionais de saúde, formados ou em formação, ao se depararem com situações características, traduzido, principalmente, por dificuldade no reconhecimento da situação e ausência de notificações nesta área. A subnotificação é uma realidade presente, um dos motivos apontados é a incerteza do profissional em identificar a violência, reflexo da falta de informações básicas que permitam o reconhecimento de sinais. A violência é um processo passível de prevenção, podendo ser evitada, e suas consequências reduzidas (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Dentre as políticas para o enfrentamento à violência que têm sido empregadas, destacamos a importância de capacitar os profissionais e alunos em formação na área da saúde para lidar com esta problemática. Segundo Silva et al (2015), tanto para docentes, como para trabalhadores de saúde e para estudantes o ensino interdisciplinar requer, e, ao mesmo tempo, promove, mudanças nos modelos de

práticas e de formação dos profissionais de saúde, visto que se constitui em uma prática colaborativa com foco no usuário, nas suas necessidades de saúde e da população e não mais nos serviços e profissionais.

As propostas de formação, e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional, já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário. Prova disso é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva de elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde. A orientação do trabalho em equipe consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais da saúde, quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) (CECCIM, 2004).

Em grande parte dos casos de violência, os profissionais de saúde são os primeiros a entrarem em contato com as vítimas, devido a estarem em uma posição estratégica para detectar os riscos e identificar as possíveis vítimas e, posteriormente, agindo nas consequências da violência, com ações de reabilitação (TAVARES, 2000). A fim do cuidado integral e adequado da vítima de violência, os profissionais devem estar capacitados, desde a sua formação na graduação e enquanto formação permanente, para lidar com o tema da violência, participar das discussões e condutas da equipe de saúde onde está inserido, saber como abordar essa situação junto à criança e a família, contribuir na identificação de casos de violência, saber como notificar e quais encaminhamentos realizar (DE CESARO et al, 2016). A notificação apresenta-se como um fato importante na quebra do ciclo de violência, e um dos maiores desafios para os estudos sobre violência no Brasil, visto que a falta de dados oficiais, impede uma visão dos contextos e situações de violências ocorrem (MENEGHEL et al, 2013).

Fortalecer a organização comunitária, capacitar estudantes universitários, ainda durante a sua formação na graduação à luz da interdisciplinaridade, juntamente com os profissionais das áreas da saúde, educação e direito, aprimorando seus conhecimentos para que atuem com as vítimas de violência interpessoal ou autoprovocada através do acolhimento humanizado, cuidado integral e encaminhamento responsável na rede, são objetivos do programa aqui discutido.

## ○ ○ Programa Enfrentamento à Violência

O Programa Enfrentamento à Violência é uma atividade universitária realizada desde 2005 pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Iniciou com a inserção desta temática no projeto de extensão interno da universidade, chamado "Feiras de Saúde", por meio de oficinas com professores das escolas municipais da zona leste de Porto Alegre e alunos universitários, abor-

dando a temática dos maus-tratos e abuso sexual de crianças. No ano seguinte, como projeto de extensão da universidade, os estudantes da graduação atuaram junto com professores do ensino fundamental de escolas públicas e agentes comunitários de saúde da região leste de Porto Alegre. Em 2007 foi executado o primeiro curso de extensão em educação à distância, semipresencial, com temática voltada ao enfrentamento à violência infanto-juvenil, em parceria com a Secretaria Estadual do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, numa perspectiva da interdisciplinaridade com os profissionais trabalhadores dos Serviços Sentinela em atendimento à violência e estudantes de diferentes cursos de graduação da universidade. Em 2011 transformou-se no “Programa de Extensão de Enfrentamento à Violência: Saúde e Direitos Humanos”, composto por quatro ações prioritárias: curso em educação à distância “Enfrentamento à violência no ciclo da vida”, abordando saúde, legislação, violência de gênero e sexualidade, contra família, idosos, pessoas com deficiência, aspectos sociológicos da violência e direitos humanos e políticas de públicas, curso em que os alunos, após capacitados foram os próprios tutores do curso; as oficinas sobre a sinalização de abusos e maus-tratos em crianças foram ampliadas para professores das escolas do Distrito Docente Assistencial junto à Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar de Porto Alegre; oferta de uma disciplina eletiva oferecida aos alunos de todos os cursos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA denominada “Enfrentamento à violência no ciclo da vida”, com 45 horas aula e 60 vagas e uma disciplina de extensão aberta ao público. Ocorreu a realização de oficina para acolhimento dos alunos visando ambientação à disciplina e as aulas posteriores ocorreram através da modalidade educação a distância (EaD) semipresencial como uma metodologia formativa diferenciada e, por último, foram realizados eventos com a mesma temática para os diferentes atores sociais, com a presença da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República da época.

O curso de extensão à distância “Enfrentamento à violência no ciclo da vida” encontra-se fundamentado na Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional - Lei no 9.394 de 1996, especificamente, nos incisos III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas; IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância, do artigo 3º (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL, 1996). Embasa-se também na Portaria 737/GM de 16 de maio de 2001, que trata da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade Por Acidentes e Violência: *“As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas”* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 09) e no Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH 3 no que diz respeito ao Eixo Orientador III: Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades e Eixo Orientador IV: Segurança Pública, Acesso à Justiça e

Combate à Violência. E, ao assim se posicionar, também contempla as ações preconizadas no que afeta a educação de seus alunos e a capacitação da comunidade externa para com os objetivos estratégicos I e IV da Diretriz 8 e os objetivos estratégicos III, IV e V da Diretriz 10, também do Programa Nacional de Direitos Humanos (BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em áreas da saúde, homologadas pelo Ministério da Educação, propõem que o perfil do formando egresso seja um profissional de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar pautado em princípios éticos no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Todo esse processo contou com a contribuição expressiva de diversas instituições e atores sociais, como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), Fórum Nacional de Pró-reitores das Universidades Brasileiras, conselhos profissionais, associações de ensino, comissões de especialistas de ensino da SESu/MEC e a Rede Unida (REDE UNIDA, 2006).

A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Ceccim e Feuerwerker (2004b) introduzem a ideia do "quadrilátero da formação em saúde", afirmando que, para que o setor educação acompanhe as mudanças que vêm ocorrendo no setor saúde, é imprescindível não só uma integração entre os atores intrincados nesse processo, mas, também, o comprometimento de cada um deles com a formação de profissionais aptos a trabalharem no SUS. As estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção são os vetores que compõem o quadrilátero e que devem trabalhar em um modelo de gestão colegiada em que todos são protagonistas. Nessa perspectiva, não basta apenas transformar as práticas profissionais, é preciso estruturar o processo de trabalho a partir de sua problematização e estimular o desenvolvimento da autonomia das pessoas, consolidando uma concepção de que a produção de conhecimento deve estar intimamente ligada à realidade local/regional.

A busca do cuidado integral também mantém relação com o movimento de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, considerada por Feuerwerker (2002) como uma estratégia para induzir mudanças no processo de formação profissional; um elemento, constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação.

O público alvo direto do Programa de Enfrentamento à Violência incluiu profissionais graduados das diferentes áreas da Saúde, Educação e Ciências Jurídicas, que atuam na rede de serviços pela qual caminha o usuário vítima de violência interpessoal, abrangendo: Serviço Social, Ciências Sociais, Conselho Tutelar, profissionais das diferentes áreas de saúde (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, agentes de saúde, técnicos em enfermagem), educação (educadores, pedagogos, professores da pré-escola, fundamental e médio), direito (advogados, delegados, promotores, juízes), sociólogos; profissionais de nível médio com área de atuação em Conselhos Tutelares, coordenadores e atuantes dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes, da Mulher, do Idoso, da Pessoa Portadora de Deficiência, de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Conselheiros Tutelares, e comunidade acadêmica (alunos, professores e funcionários) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E como público indireto todas os usuários acolhidos pelos profissionais da rede de saúde e de proteção, vítimas ou sob risco de violência.

A participação de alunos bolsistas no Programa, englobando as diversas atividades propostas, desde suas primeiras edições, envolveu alunos de diversos cursos da saúde (medicina, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, gestão em saúde, biomedicina) se consolidando como um momento interdisciplinar na formação e inserção com os mais diferentes profissionais da saúde e da educação, não usual na formação tradicional destes alunos que, muitas vezes, tem sua formação ordenada pelo modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos e corporações profissionais. A participação dos alunos no Programa ocorreu após aprovação em edital PROEXT MEC-SESU ou edital PROBEXT (interno à universidade) para alunos-bolsistas sendo a oferta em 2011 de 4 bolsas, 2012 de 26 bolsas, 2013 de 6 bolsas e em 2014 de 23 bolsas.

Um dos eventos propostos, chamado - Fórum "Direitos Humanos, Saúde e Violência no Ciclo da Vida" reuniu 101 participantes. Destes, 37% dos inscritos eram profissionais ou estudantes da psicologia, 14% da medicina, 7% da nutrição, 6% da fisioterapia, 6% de serviço social, 5% de enfermagem, 5% da fonoaudiologia, 4% das ciências jurídicas e 17% de outras áreas. Quanto à disciplina eletiva não houve desistência ao longo da mesma, dos 55 alunos participantes, 8 (14,5%) eram homens e 47 (85,5%) mulheres - o que leva ao questionamento sobre o cuidado em saúde ainda estar centrado na figura feminina. A maioria dos alunos da disciplina eletiva - 34,5% eram estudantes do curso de enfermagem. O restante estava distribuído entre: medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia e biomedicina. Das oficinas oferecidas aos professores municipais de Porto Alegre houve a participação de 184 educadores.

Numa apropriação de que as diferentes atividades do Programa (o curso, a disciplina de extensão e a disciplina eletiva) “Enfrentamento à violência no ciclo da vida” embora abordem a violência contra pessoas com deficiência, observamos que não permitiam o acesso a pessoas com deficiência, como a auditiva ou deficiência visual, perpetrando dessa forma um tipo de violência - o da exclusão. Nesse sentido todos os módulos das disciplinas e do curso aos profissionais foram transpostos para a língua brasileira de sinais (LIBRAS). Esse trabalho foi desenvolvido pelo Programa de Iniciação à Docência (PID) vinculado ao projeto de pesquisa “Percepção de alunos de graduação na área da saúde da disciplina eletiva na modalidade EaD Enfrentamento à Violência no Ciclo da Vida” que pressupunha, entre seus objetivos específicos, o desenvolvimento de objetos de aprendizagem para pessoas com deficiência auditiva na modalidade de ensino à distância. Foram desenvolvidas vídeo-aulas de todo o conteúdo das aulas do curso EaD e elaborados vídeos com legendas (janela) sinalizadas em LIBRAS. Tais atividades foram realizadas dentro do projeto PID entre os anos de 2013 e 2017. As aulas gravadas, editadas e transpostas em vídeo foram inseridas no ambiente virtual Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle) dessa disciplina na universidade. Ao longo de todo este período de desenvolvimento do projeto, bolsistas encarregaram-se de organizar a programação para realização das filmagens conforme disponibilidade da intérprete da universidade. O projeto de transposição das aulas do curso EaD na modalidade LIBRAS na UFCSPA é de caráter inovador na universidade no que se refere à educação inclusiva e acessibilidade, contribuindo para o desenvolvimento de análise crítica e reflexiva dos alunos sobre os fenômenos que envolvem o enfrentamento à violência e propiciar aos alunos, tanto da graduação da UFCSPA, quanto da comunidade externa deficiente auditiva, acesso aos cursos.

Os alunos-bolsistas foram capacitados para participarem ativamente de todas as atividades propostas pelo programa: tutoria do curso destinados aos profissionais, da disciplina eletiva aberta à comunidade externa e da disciplina eletiva ofertada aos alunos de todos os cursos de graduação, assim como para os fóruns. Em especial para a atuação nas oficinas junto às escolas municipais - composta pelos alunos e professores do ensino básico através da capacitação com a equipe interdisciplinar.

Posteriormente as atividades descritas, buscou-se articulações interinstitucionais como Centro Universitário de Referência em Saúde e Direitos Humanos, em parceria com a Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público de Porto Alegre, para acolhimento e orientação de vítimas de violência no ciclo da vida e a edição do livro “Cinema, Saúde e Direitos Humanos” numa perspectiva de educação continuada, com uma edição de 2000 exemplares distribuídos gratuitamente em universidades, escolas, organizações não-governamentais e outras instituições.

Este programa se manteve nas condições inicialmente propostas em edições nos anos seguintes (2012, 2013, 2014) envolvendo profissionais, alunos, professores e voluntários. Em 2014 foi contemplado com edital PROEXT 2015 Programa de Extensão Universitária MEC/SESu, porém sem recursos financeiros disponibilizados, o que inviabilizou a oferta do curso de extensão em nível nacional. Dada a restrição orçamentária, o programa vem oferecendo, desde 2015 a disciplina eletiva a todos alunos de graduação da universidade e mantém a relação de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão ao inserir atividades nas três esferas. Salienta-se a sua inserção na pesquisa através da disciplina “Educação em Saúde para o Enfrentamento à Violência no Ciclo da Vida” do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Grupo de Pesquisa “Enfrentamento à Violência” da UFCSPA.

Um dos principais pontos aprofundado durante a prática e formação, tanto na disciplina eletiva, como na atuação dos universitários bolsistas do Programa e com os profissionais de saúde e da educação foi a força da interdisciplinaridade para trabalhar a temática da violência, visto os diferentes vieses que compõe a problemática da violência interpessoal. Elenca-se ainda como a temática suscita a necessidade da formação da interdisciplinar, esta, de valia grandiosa para os universitários que, muitas vezes, atuarão no SUS.

## ○ Considerações finais

Este ensaio sobre o Programa de Enfrentamento à Violência, além de realizar um panorama das atividades ocorridas até então, evidenciou que o enfrentamento à violência no ciclo da vida tem amplo interesse da comunidade trabalhadora das diversas áreas, discentes, docentes e população em geral. Isto posto, demonstra que a articulação da universidade com seus pares e com os serviços para efetivação do enfrentamento à violência é necessária para preparação das próximas gerações trabalhadoras do SUS para o trabalho com esta temática de forma interprofissional. Evidencia-se a necessidade da manutenção de práticas deste caráter, utilizando outras temáticas para além da violência. O grande tema da violência interpessoal foi dispositivo articulador para a interprofissionalidade visto o caráter de cuidado integral necessário para abordar este agravo.

A violência interpessoal é um tema interdisciplinar que necessita de práticas colaborativas de diferentes profissionais, mostrando esta experiência como uma atividade exitosa neste eixo. Além da preparação para atuar com o tema foco do curso, atuar no enfrentamento à violência interpessoal e autoprovocada, reconhecendo os seus sinais, realizando acolhimento de qualidade, conhecimento da rede de saúde, o mesmo mostrou-se eficiente ao incentivo às práticas colaborativas de trabalho e encaminhamento adequado dos casos de violência, fortalecendo as redes de cuidado existentes.

As ações desenvolvidas demonstraram que a estratégia utilizada, comporta diferentes núcleos profissionais, e o intercâmbio com a realidade dos profissionais atuantes, caracterizou uma formação interprofissional em saúde para os estudantes universitários participantes, que desenvolveram competências colaborativas de comunicação interprofissional, visando o cuidado da vítima de violência de maneira integral, estabelecendo vínculo e a co-responsabilização entre profissionais e estudantes, de encontro com os princípios do SUS. Ademais, indica-se ainda necessária a aproximação dos serviços de saúde, municipais, estaduais ou federais, assim como de prestadores de serviço ao SUS e instituições de ensino superior, para além das atividades médico centradas, visto que o trabalho em equipe interdisciplinar é necessário para que o cuidado integral em saúde se consolide e torna-se prática constante.

## Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação à Distância. **Referenciais de Qualidade para Educação Superior à Distância**, Brasília, agosto de 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. (2009), **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, SEDH/PR.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção IE, de 18/05/01. Série E. Legislação de Saúde; n. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, set./out. 2004a.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. 2004b;14(1):41-65.

DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11. suppl.0. Rio de Janeiro, 2006.

DE CESARO, B. C. et al. Alterações na comunicação em crianças vítimas de violência: reflexões para a fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação**, [S.l.], v. 28, n. 3, out. 2016. ISSN 2176-2724. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/26908/21793>>. Acesso em: 15 set. 2017.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

MENEGHEL, S. N. et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 523-533, Sept. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300003&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000300003>.

REDE UNIDA. Termo de Referência: oficina 1: diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? In: **ANAIS CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA**, 7., 2006. Curitiba, 2006.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde\*. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dec. 2015.

TAVARES D.M.C. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health World Health Organization**. Genebra; 2002.

# "Oxente, esse curso me abriu a mente!" – caminhos do cuidado e os efeitos da formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) em Alagoas

04

**Emilene Andrada Donato**

## 0 Introdução

[...] Longe o profeta do terror que a laranja mecânica anuncia  
Amar e mudar as coisas me interessa mais  
Um preto, um pobre, um estudante, uma mulher sozinha  
Blue jeans e motocicletas, pessoas cinzas normais  
Garotas dentro da noite, revólver: cheira cachorro  
Os humilhados do parque com os seus jornais  
Carneiros, mesa, trabalho, meu corpo que cai do oitavo andar  
E a solidão das pessoas dessas capitais [...]

"Alucinação", música de Belchior (1976).

O processo de redemocratização no Brasil aliado às demandas de saúde coletiva da população, refletidas no movimento da Reforma Sanitária, deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este, configura-se como expressão de um projeto de transformação social, com disposição organizativa de serviços de saúde de caráter emancipatório e valor de cidadania.

Por ser considerado ordenador da formação em saúde, segundo a Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde n.8080/ 1990, o SUS tem assumido papel destacado na superação de paradigmas tradicionais de educação, reorientação de estratégias e modos de cuidar na realidade dos territórios, afirmando saúde dentro de uma concepção ampliada como qualidade de vida.

Na área de saúde mental, quanto à configuração paradigmática, "vive-se ainda uma fase de transição, com dois modelos funcionando simultaneamente" (AMARANTE, 2008). Ou seja, dois paradigmas antagônicos refletem ainda o atual cenário: o hospitalocêntrico, biomédico, focado no hospital psiquiátrico/manicômio, e o "reformático", podemos dizer, formulado à luz da Reforma Psiquiátrica - movimento contemporâneo à Reforma Sanitária, com foco nos serviços substituti-

vos de base comunitária e antimanicomial.

Na trajetória de avanços da área, a Lei Federal n. 10.216/ 2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispôs sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo de atenção. Foi aprovada após dez anos em tramitação no Congresso Nacional, evidenciando resistências, e dez anos depois se constituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria n. 3.088/ 2011, com amadurecimento da organização dos serviços e capilaridade nos três níveis de complexidade do SUS, em meio a ameaças dos interesses privatistas e medicalizantes na sociedade.

A RAPS, formada por serviços nos três níveis de atenção, básica, média e alta complexidade do SUS, expressa a atenção integral em saúde. Inclui serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de vários tipos (infantil e para adolescentes e adultos em sofrimento mental, para álcool e outras drogas), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, Serviço Médico de Urgência (SAMU), a Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre outros dispositivos. Exclui definitivamente os hospitais psiquiátricos, ainda que subsistam, contraditoriamente, com financiamento do SUS.

O paradigma manicomial, porém, se dissemina em novos formatos, como as clínicas privadas voltadas para a dependência química, centradas no modelo estadunidense de abstinência total ou religioso, beneficiadas pelo proibicionismo no cenário político, distantes da estratégia originalmente europeia de Redução de Danos<sup>1</sup>, incentivada com a RAPS.

Neste mesmo cenário político, para Amarante (2008), não se consegue na mesma velocidade criar novos leitos financiados pelo SUS em hospitais gerais ou nos CAPS, que funcionam como unidades abertas de atendimento 24 horas e com capacidade de internação.

Como responsabilidade da atenção básica, também, a saúde mental tem se expandido pelo território brasileiro inserida e em diálogo com a ESF. Dessa forma, opera numa dinâmica de “complexidade invertida”, como destacou Lancetti (2013), em contraposição ao modelo de pirâmide de complexidade no SUS, que coloca como “alta” complexidade no seu topo. Para ele, a relação entre saúde mental e atenção básica têm importância evidente, porém traz questões não tão evidentes:

**1** - Redução de Danos se configura como “uma prática que visa possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante de sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.154).

Quanto mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar, ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta (LANCETTI 2013, p.131).

Nesse contexto, surge a necessidade do diálogo entre Educação e Saúde, colocando luz na atuação dos profissionais de saúde inserida em espaços interprofissionais de trabalho, nos níveis técnico e superior, consoantes com a visão de integralidade em saúde.

A fragmentação e sobreposição de saberes, conformados no paradigma cartesiano, e a prática tecnicista e antidialógica de “educação bancária”, conforme ressaltou Freire (2007), caracterizada pela narrativa de ausência de sujeitos do conhecimento, tidos como objetos vazios e destituídos de vivências e historicidades que devem ser preenchidos com conteúdos pela transferência de conhecimentos daqueles supostamente sabedores, está em questão na atualidade.

Reconhece-se no paradigma emergente da complexidade a possibilidade de uma evolução metodológica em contraposição ao pensamento dominante, que possui modos simplificadores de conhecimento que “mutilam mais do que exprimem as realidades ou os fenômenos que tratam”, segundo Morin (2006, p. 5).

Desse modo, ao considerarmos o paradigma da complexidade aplicado ao campo da saúde, em que têm importância os diversos atores envolvidos, tecnologias e metodologias formativas, alinhamos a perspectiva de “educação na saúde”. Como trata da produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular, preconiza uma abordagem mais abrangente (BRASIL, 2012).

Diferencia-se da “educação em saúde” – voltada para a apropriação temática pela população, contribuindo para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais. Constitui natureza diferente, também, da “educação continuada”, configurada como um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, como capacitações (BRASIL, 2012).

Para promover qualificação, o Ministério da Saúde (MS) tem, há pouco mais de uma década, investido em políticas, programas e ações indutivas para superação da segmentação do conhecimento e de práticas no cuidado em

saúde, que envolvem educadores, pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e população.

O presente relato se configura, portanto, como uma avaliação dos efeitos de uma dessas estratégias formativas de larga escala, de âmbito nacional, promovida pelo MS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS): o projeto *Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)*. Foca-se, também, nas potencialidades e fragilidades da relação entre saúde mental e atenção básica reveladas nesse processo e visibiliza ressonâncias do curso para promoção de integralidade em saúde.

Ainda que a formação Caminhos do Cuidado tenha o formato de capacitação, do ponto de vista didático-pedagógico utilizou metodologias ativas, problematizadoras da realidade, agregando membros de categorias diferentes e equipes diversas para discutirem os conteúdos à luz dos seus processos no/ para o trabalho compartilhado nos territórios para sustentabilidade permanente.

Dessa forma, como opção político-pedagógica, interessa-nos discuti-lo sob a ótica ampliada da Educação Permanente em Saúde (EPS), pautada na Portaria n.º 278/2014, enquanto política do MS. Isto porque se volta à “aprendizagem no trabalho”, em que aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, tendo como fundamento a “aprendizagem significativa” para transformar as práticas dos trabalhadores da saúde baseada nos seus saberes prévios.

Com objetivo de mudanças nas práticas profissionais que envolvem atenção e gestão da organização dos serviços de saúde no SUS, dá-se a necessidade de qualificação dos profissionais adaptada às demandas da realidade para respostas não simplistas a problemas sanitários, principalmente na área de saúde mental, pois os dados de morbi-mortalidade relacionados aos transtornos mentais comuns impressionam.

O Brasil desponta com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 9,3% (18,6 milhões) dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e a depressão afeta 5,8% (11,5 milhões) da população. Para isto, respondem fatores socioeconômicos – pobreza e desemprego, e ambientais – estilo de vida em grandes cidades (ABRASCO, 2017; CHADE; PALHARES, 2017).

Assim, em um setor permeado de desafios, disputas e tensões, autonomia e controle como o da saúde, o encontro trabalhador-usuário está para o reposicionamento no campo das ações de saúde e não nos núcleos profissionais, conforme

Merhy e Feuerwerker (2009). O reconhecimento do usuário como gestor legítimo da sua própria vida deve contar com o saber-fazer do trabalhador a serviço do melhor arranjo por caminhos diversos e pontos de atenção.

Santos e Ferla (2017), afirmam que o Caminhos do Cuidado potencializou a reflexão sobre o cuidado a usuários de álcool e outras drogas e se configurou como um importante passo para a oferta de cuidado na atenção básica, ainda que não tenha sido suficiente para mudar a cultura dos serviços. Esses usuários passaram a ser vistos como desejantes, em suas singularidades e histórias de vida. E ao olharmos para a nossa "colheita de dados", a partir das sementes plantadas em Alagoas, corroboramos.

## ○ Caminhos do Cuidado e o AvaliaCaminhos em Alagoas

A formação Caminhos do Cuidado certificou em 60 horas mais de 290 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem (ATENF), da ESF, entre 2013 e 2015, em todo o país. Em Alagoas, abrangeu os 102 municípios em 167 turmas, em 2014, com 6.583 matrículas e 5.743 concluintes (OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO, 2016a).

A abordagem do conteúdo teórico-prático perpassou três eixos transversais: Reforma Psiquiátrica, Integralidade em Saúde e Redução de Danos. Foram trocados saberes, afetações subjetivas, simbólicas, que puderam materializar potências a partir dos encontros do curso nos territórios. Possibilitou, também, no nosso caso, contato com equipes intersetoriais, como trabalhadores do serviço municipal Consultório na Rua, nas turmas de Maceió.

Mesmo o foco principal sendo o nível médio, o projeto impactou muitos profissionais de nível superior nos papéis de orientadores pedagógicos (responsáveis pelo trabalho pedagógico dos tutores) e tutores (com experiência comprovada na atenção básica ou na saúde mental, facilitadores dos cinco encontros presenciais), além das equipes estaduais responsáveis pela execução local.

Em Alagoas, foram formadas duas orientadoras pedagógicas e cinquenta tutores. Destes, pelo menos 18 profissionais atuavam na atenção ou na gestão de saúde de Maceió, contribuindo para inserirmos ações na perspectiva da Educação na Saúde na Secretaria de Saúde naquela ocasião.

Seguiu-se a estratégia do *Programa de Avaliação Institucional Educativa (AvaliaCaminhos)*, entre 2016 e 2017, envolvendo MS, Fiocruz e RET-SUS, no nosso caso, a Escola Técnica de Saúde de Alagoas Profa. Valéria Hora (ETSAL). Este

objetivou avaliar o processo formativo, além de registrar os procedimentos e instrumentos que têm potencial para se tornar política pública ou estratégia político-educativa na rede de escolas, instituições de ensino, pesquisa, e gestores de saúde, segundo o Observatório Caminhos do Cuidado (s.d.).

Em paralelo ao AvaliaCaminhos, aliou-se a estratégia de formação em pós-graduação para os avaliadores do Caminhos do Cuidado (chamados Articuladores Locais) e outros membros de 40 Escolas Técnicas do SUS. Assim, curramos uma Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, no mesmo período, ofertada pelo MS, Fiocruz e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Portanto, junto com a conclusão do projeto Caminhos do Cuidado, oficialmente em 2017, toda a produção de informações, conhecimento, memórias e desdobramentos foi sistematizada em repositório virtual permanente, com acesso livre, e já existente na *internet* chamado *Observatório Caminhos do Cuidado*.

Dessa forma, o presente relato de experiência foi motivado pelo papel desempenhado pela autora em três espaços: Caminhos do Cuidado (coordenadora estadual), AvaliaCaminhos (articuladora local) e Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva (aluna). É fruto do Trabalho de Conclusão de Curso dessa Especialização.

Utilizou-se a avaliação institucional realizada como articuladora local no AvaliaCaminhos, em encontro com a análise da experiência-sentido produzida no processo de coleta dos dados e a fundamentação teórica. Integra três canais de vozes: dos sujeitos da avaliação (alunos e tutores), da avaliadora e de teóricos da complexidade, culturais e do campo da saúde, que subsidiam as discussões dos resultados.

O AvaliaCaminhos trabalhou com a perspectiva de problematização de pesquisa-experiência em saúde que “convida a cada um manter no seu pensamento experiências de encontro [...], com seus gestos de cuidar, com seus gestos de formação em saúde, de seus movimentos e derivas” (OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO, EDUCASAÚDE, 2016, p.16).

Como instrumentos de coleta de dados: três rodas de conversa (duas rodas com alunos de dois municípios, com a participação de um tutor em cada uma; e uma roda com tutores), observação participante, diário de campo e história oral. As falas aspeadas são do diário de campo, fragmentos também de memória. Obtivemos assinatura de um Termo de Autorização de uso de áudio e de imagem nas respectivas ocasiões para o programa.

Usamos como critério de escolha dos municípios para as rodas de conversa com alunos: quantitativo populacional e de trabalhadores formados pelo curso, dispositivos da RAPS disponíveis nos três níveis de assistência do SUS (atenção básica, média e alta complexidade), com destaque para a boa cobertura de ESF (quase 100%). Sobre Arapiraca também pesava uma curiosidade: como seria lidar com saúde mental e RD em um território com a característica histórica de “terra do fumo”?

Também, consideramos diversificar da experiência de avaliação que protagonizamos junto à Secretaria de Saúde de Maceió, a partir de 2014, quando instalada a *Comissão de Educação Permanente em Saúde - Caminhos do Cuidado* e elaborado um instrumento de avaliação pós-curso, conforme relato em Donato (2015).

As rodas ocorreram em Arapiraca (novembro de 2016), com nove participantes, e em Murici (dezembro de 2016), com dez participantes. O convite e seleção destes ficou a cargo dos representantes das gestões municipais de saúde, sendo critério de escolha terem sido certificados. Nos dois momentos, compareceram apenas ACSs. Com os tutores, ocorreu em maio de 2017, em Maceió, com quatro integrantes.

Arapiraca teve dados semelhante à capital. Foram 13 turmas realizadas com a presença dos dois cargos ao mesmo tempo – ACSs e ATENFs, 546 alunos cadastrados e 468 alunos formados (86%), não tendo concluído o curso 78 alunos (14%). Em Maceió, com apenas 29% de cobertura de ESF, realizamos 14 turmas, 593 alunos cadastrados, 403 concluintes (68%), no entanto 190 não concluíram (32%), segundo indicadores do Observatório Caminhos do Cuidado (2016b).

Nesta avaliação consta o recorte da dimensão “Cenários do Cuidado” da Matriz Avaliativa que possui quatro dimensões sobre o projeto Caminhos do Cuidado: Político, Gerencial, Itinerários Formativos e Cenários do Cuidado. Por sua vez, esta dimensão escolhida possui três “Critérios de Avaliação”: 1. Ressonâncias no processo de trabalho; 2. Articulação entre áreas/ políticas; e 3. Ressonâncias nos usuários. Elementos de sentidos diversos foram ressaltados ou repetidos pelos participantes, como valores, atitudes e percepções dos sujeitos.

## ○ **Cenários do Cuidado: histórias se repetem com forças singulares**

Os ACSs “levam ações e paixões coletivas, solidárias, e tecem fio a fio redes microsociais de alto poder terapêutico”; “são o dedo do Estado, mas de um Estado constituinte por produção biopolítica” (LANCETTI, 2014, p. 94-95). Tais profissionais foram considerados atores-chave por atuarem na porta de entrada do SUS e por terem acesso a ferramentas de abordagem e de vinculação às pessoas nos

territórios espalhados pelo país, que puderam ser potencializadas.

Vale destacar que o ACS representa o elo de ligação entre o serviço de saúde e a comunidade, onde as pessoas produzem seus modos de vida, suas identidades e subjetivações. Historicamente, tem sido ampliado seu papel no cuidado em saúde desde o foco materno-infantil em sua origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, passando pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, até o fortalecimento do modelo de atenção como Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção básica, em 2004.

Assim, nesse lugar de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, reabilitação e cura que constitui a responsabilidade da atenção básica, o ACS vive uma construção histórica de sua identidade profissional, contribuindo para a consciência crítica e transformadora da realidade, embasado no aporte teórico freiriano, especialmente, para enfrentamento dos problemas sanitários. Desse modo, também tem se dado a resignificação da práxis dos demais profissionais na saúde coletiva em consonância com as demandas da contemporaneidade.

Em Arapiraca tratamos sobre promoção à saúde, percepção de aumento de casos de sofrimento mental, uso prejudicial de drogas, suicídio, intersetorialidade, controle social, com desenvoltura pelos participantes. Estranhamento ao tratar sobre a fama de cidade fumageira, a relação cultural com o fumo e a ocupação da saúde nesse sentido. De fato, a agricultura em Arapiraca já não está mais focada no cultivo de fumo.

Segundo Soares (2014), a cultura do fumo foi introduzida em Arapiraca no século XIX, no entanto, a produção de fumo no município entrou em decadência a partir da década de 1980 com fôlego até 1998, em decorrência da mudança na dinâmica da economia brasileira.

Já em Murici, tantos foram os casos compartilhados, que identificamos uma “encomenda” de um espaço de encontro que seja estruturado para discussão do processo de trabalho, bem como a efetivação do dispositivo de apoio matricial para os casos que envolvem a saúde mental diretamente, contando com o CAPS e com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) da sua rede local.

Nem todas as equipes ali representadas nesses momentos se sentiram à vontade para assumir a ética de RD ou autônomas para transpor os protocolos de rotina do serviço em meio a ações, programas e políticas específicas, consideradas prioritárias. Compreendemos a angústia gerada pela necessidade de rupturas em nossos saberes-fazer cotidianos, tão permeados por planos, atribuições, discursos formais e engessados, burocratização das relações e de nosso tempo: institucionalidades diversas.

Em contrapartida, vários depoimentos imprimiram maturidade no que tange a dimensão do encontro, a transdisciplinaridade, o trabalho vivo na saúde. Uma liberdade autorizada para lidar com as diferenças e o tempo de cada sujeito na relação com as drogas e escolhas dos caminhos da vida; a afirmação de igualdade, equidade e inclusão social, que perpassa acionar os braços do estado, do serviço público, e afirmar a condição de direitos, quando necessário.

## ○ Ressonâncias no processo de trabalho

Os participantes desse processo são atores-equilibristas em esforço para atuação na “clínica peripatética”, como escreveu Lancetti (2014). Essa clínica de movimentos diversos mobilizou forças afetivas que operacionalizaram o ato do cuidado para reposicionamento frente à questão das drogas, agenciamentos de redes – formal e informal, possibilitando a desmistificação da periculosidade e colocar em suspensão posturas censoras e julgamentos.

A mudança importante de perspectiva de medo para “atitude corajosa”, como descrito por um ACS, se deu pelo “olhar diferenciado” empregado após o curso, inclusive para tutores. A aproximação foi possível pela identificação dos sentimentos que bloqueavam o se lançar em travessia na alteridade, acessando a razão pela qual desenvolvem seu papel: estar com as famílias e sujeitos, com quem convivem na realidade cotidiana.

No alargamento da clínica, a flexibilidade na postura para compreensão das queixas e possíveis soluções, expansão das práticas e superação das concepções de saúde como “ausência de doença” e de “bem-estar”. Sintonizou-se o conceito ampliado de saúde, como direito, com valor social, de acordo com Batistella (2007). “Se o pai e a mãe não têm renda, será que é só por culpa deles mesmo?”; “e as oportunidades que ele teve na vida?”; “pra onde ele volta?” (depois do serviço); “são n fatores” (envolvidos na questão): inquietações transbordaram com aspectos subjetivos e sociais sobre a micropolítica do cuidado no território.

Para Santos (2010), o território é chão, mais população, fato e sentimento de pertencimento, trabalho e residência, trocas materiais e espirituais. No entanto, sofre da contradição de que, ao mesmo tempo em que acolhe os vetores da globalização, impondo novas ordens, também nele se produz uma contra ordem, já que há uma produção de pobres, excluídos e marginalizados.

Ora, foram especialmente esses sujeitos, os destinatários do projeto, nossa motivação para abraçá-lo e sustentá-lo. Historicamente enquadrados na classe dos degenerados e perigosos, em meio à normose da sociedade, os loucos, dependentes químicos, a população em situação de rua, ganharam

visibilidade e maior atenção dos cuidadores de referência de onde vivem - territorializados ou desterritorializados.

Perguntas sobre quem é esse outro, qual seu projeto de felicidade, o que é possível de oferta e como podemos fazer, vieram à tona. Os instrumentos, para tanto, apresentados como Ecomapa, Genetograma e Projeto Terapêutico Singular (PTS) foram considerados úteis, porém, não chegaram a ser aplicados continuamente, sendo pontuada a necessidade de apoio institucional.

Uma indagação animada poderia traduzir o impacto do curso na vida dos trabalhadores: "Esse curso me abriu a mente! Eu disse: "oxente!", ressoando a quebra de uma pedra chamada preconceito. Dessa ACS de Murici registrei, portanto, um fragmento sensível que segue como inspiração do título deste trabalho, com o sotaque da língua regional e singularidade de sua força.

Também, a percepção ampliada do conceito acerca da "droga" foi relevante para mudança de posturas pessoais. Abuso de cafeína, açúcar e outros alimentos, medicamentos controlados, foram exemplificados, tanto no que concerne aos tipos e padrões de consumo (uso, abuso, dependência), como na multiplicidade de motivações para este consumo.

Pela OMS, droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013). Do ponto de vista jurídico, está classificada em lícita e ilícita, de modo que influencia o pensamento coletivo de diferentes sociedades, tendo em vista adentrar no campo da moral.

Em vários depoimentos, ressaltou-se entre alunos e tutores o peso correntemente colocado na substância e menos na compreensão do problema como expressão da relação estabelecida com esta. O olhar sobre a cultura deve ser massa de modelar o trabalho, consistência e direção. Buscas ativas em regiões de difusão de drogas, bares, abordagens em escolas, foram produtos de formas diferentes de evidenciar a aprendizagem, trazendo novos modos de se relacionar com a questão.

De sentimentos mencionados de "não saber como agir" diante desses casos ao reconhecimento de que a valise com a "caixa de ferramentas", conforme Merhy e Fuerwerker (2009), necessárias para realização da integralidade do cuidado estava facilmente acessível, da ordem das relações, foram perceptíveis mudanças no cuidado. Estas presentificadas em termos como uso de "jogo de cintura", "saber o momento de chegar junto", "respeito ao momento do outro".

## ○ Articulação entre áreas/ políticas e equipes

No caminho contrário à lógica comum de encaminhamento em que há uma desresponsabilização do profissional que demandou o caso para outro sem troca de informações e afinamento da referência e contra-referência, reconheceu-se a necessidade de todos sustentarem essa rede. Para se operar a co-responsabilização, metaforicamente, foi lembrada por uma ACS a atividade educativa da teia comunicativa realizada no primeiro encontro do curso.

Chamou-nos atenção a potência de articulações existentes após o curso, o entrelaçamento entre saúde e cidadania, o acolhimento e escuta operados nesse processo: agenciou-se articulação com NASF, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Bolsa Família, CAPSad, com oportunidade, por exemplo, de apoio à reinserção na família de um jovem que tentava suicídio.

Profissionais conseguiram realizar discussões de casos em reuniões de equipe, inserindo a EPS no contexto de unidades de saúde da família: “é a lógica dentro de mim”, de “tentar estabelecer contato com o outro, usar a lógica do outro também”, disse uma ACS. Foram apontados desafios para o aquecimento das redes locais, na organização interna da gestão do trabalho, de modo que, sabiamente, uma ACS resumiu: “não é eu-quipe, é equipe!”.

A transposição de conteúdos no caso dos tutores foi direcionada para oficinas e rodas de conversa com as temáticas abordadas junto à comunidade e em escolas públicas. ESF, NASF, centro ambulatorial de cuidado a pessoas portadoras de hepatites virais/infecções sexualmente transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/ AIDS) e articulação de ações com o Programa Saúde na Escola/ MS, são exemplos de espaços onde RD e saúde mental agora entram.

## ○ Ressonâncias no usuário

A despeito de um estado policial em contradição com um estado social, em que soberania induz à disciplina dos corpos, em termos foucaultianos, com repercussões para o controle dos comportamentos e manutenção da ordem moral vigente, “a despeito de sermos o que somos, podemos desejar também ser outra coisa” (SANTOS, 2010, p.114). Promover espaços de trabalho na saúde que trazem em essência a civildade como lógica de solidariedade, na perspectiva do pensamento de Milton Santos (2010), é um desafio para o desenvolvimento na atualidade.

No Brasil, racismo, machismo e outros formatos de violência relacionados à questão de gênero e sexualidade, distinção de classe social e proibicionismo no

tocante às drogas teimam em contribuir para desfechos comuns - “morte e cadeia”, como referiu um ACS.

A ética usuário-centrada, a partir da formação, possibilitou o aumento no registro dos dados e condições de acesso a ações da ESF. Foi dito que o curso “veio pra gente e a gente pôde chegar até as pessoas”, acompanhando novos sujeitos. A atualização do compromisso ético no processo saúde-doença-cuidado no SUS foi afirmado: “são pessoas iguais à gente, que não tiveram oportunidade que nós tivemos”, dito por outra ACS.

Assim, validar tecnologias de acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia como práticas da produção em saúde, inclusive como manejo de situações de crise na atenção básica, ao tempo que é um desafio pela complexidade das situações, também é a clínica desejada. Alguns relatos emocionados atestaram essa ética como objetivo: “eu procurei a assistência do Bolsa Família, a gente indo junto tá mais forte”; “eles confiam tanto na gente”; “tem sido uma experiência única na minha vida”; “o curso me ajudou muito”.

Do ponto de vista relacional, os ganhos foram duradouros: “consequimos aperfeiçoar o ouvir”; “consequimos trazer mais homens, o que é mais difícil, principalmente o que tem contato com a droga”; “falei bastante com ele, questão de umas quatro horas de relógio”. Uma ACS trouxe sua satisfação emocionada ao ouvir de um usuário para ela: “você chegou no momento certo, na hora certa!”.

## ○ Considerações Finais

A formação confirmou que amorosidade voltada para mudar as coisas, como sinaliza o poeta na entrada deste trabalho, é campo aberto para o Ser, o Existir. Ainda que a produção de documentos, resoluções, normatizações bem fundamentados pelo MS legitimem o fazer consoante com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do cuidado integral, oferecendo aparatos “universais”, baixa será a efetividade se os afetos não forem trabalhados e discutidas as realidades locais de maneira próxima.

Descolonizar o pensamento da nossa sociedade, apropriarmos-nos da nossa identidade tão diversa, pensar uma outra globalização para reinterpretar o que fazemos da história de nossa sociedade contemporânea, é um desafio da educação brasileira. Aliadas ao reconhecimento da cultura, iniciativas que potencializam a integração de pessoas, articulam e aquecem redes, conectam saberes e fazeres, e discutem o sentido da produção do trabalho em ato/ na situação, possibilitam como nesta formação uma práxis dialógica, habilitando ética-politicamente os sujeitos a trabalharem de forma mais engajada.

Avaliações pós-curso coletadas em 2014 no nosso instrumento no âmbito da gestão de saúde de Maceió apontaram também para produção de novos sentidos, do agir mais comunicativo, de enfrentamento de resistências individuais e da própria equipe contra estereótipos e medos relacionados à loucura, drogas, pessoas em situação de rua, culturalmente vistos com lentes fantasiosas e moralistas (DONATO, 2016). Atualizamos o olhar a partir desse processo de avaliação institucional no AvaliaCaminhos, ampliando para o estado de Alagoas, observando a continuidade de elogios e impacto positivo da formação.

No processo genuíno de aprendizagem, todos ensinam, todos aprendem. Do “tirar o foco do medicamento e botar na conversa”, da qualidade do trabalho versus a lógica produtivista/capitalista, o investimento nos profissionais chegou até os usuários. Foi gratificante, mediante os papéis desempenhados, comprovar que a valorização de trabalhadores de nível médio promoveu ressonâncias positivas para a produção social em saúde.

Como os modos de produzir saúde estão atrelados aos modos de formar e de gerir os processos de trabalho, é imprescindível que os efeitos positivos do projeto sejam reconhecidos pelos gestores de saúde para sua consolidação. O Caminhos do Cuidado foi isso: uma amálgama para fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, da Redução de Danos e do SUS.

## ○ Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Vamos sim, conversar sobre a depressão** – por Paulo Amarante e Fernando Freitas. 07 abr. 2017. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/vamos-sim-conversar-sobre-a-depressao-por-paulo-amarante-e-fernando-freitas/27950/> > Acesso em: 20 Jul.2017

AMARANTE, P. 18 anos após reforma manicomial, ainda há casos de maus tratos. **Informe ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública**, 2008. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=13149&origem=4> > Acesso em: 10 nov. 2016.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca A.F., Corbo A.D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tec-

nológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias: TEPAC**. 2.ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHADE, J.; PALHARES, I. Brasil tem maior taxas de transtornos de ansiedade do mundo, diz OMS. **O Estado de São Paulo**. 23 fev.2017. Disponível em: < <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms,70001677247> > Acesso em: 27 jul.2017.

DONATO, E. A. Caminhos do Cuidado em Alagoas e a sustentabilidade da Educação Permanente na Secretaria de Saúde de Maceió. 12. Congresso Internacional da Rede Unida. **Revista Saúde em Redes**. ISSN 2446-4813, v.2 n.1, Suplemento, 2016. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5934>> Acesso em: 01 jul. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 46a. ed., 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 9a. ed., 2014.

LANCETTI, A. Saúde mental, Atenção primária, Promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Mandarin A.C.S., Gomberg E.(Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009, p. 29-56.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO, EDUCASAÚDE. Eixo pesquisa formação e práticas colaborativas na educação em saúde coletiva. **Material Pedagógico do curso de Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avalia-**

**ção na Educação em Saúde Coletiva.** Porto Alegre, 2016.

OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO. **Indicadores**, 2016a. Acesso em: 16 nov.2016.

OBSERVATÓRIO CAMINHOS DO CUIDADO. **AvaliaCaminhos**. Matriz Avaliativa, [s/d]. Disponível em: < [http://observatorio.caminhosdocuidado.org/images/CdC\\_Documentos/MatrizAvaliativa\\_final.pdf](http://observatorio.caminhosdocuidado.org/images/CdC_Documentos/MatrizAvaliativa_final.pdf) > Acesso em: 15 jun.2017.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, DOI: 10.1590/1807-57622016.0270, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160270.pdf> > Acesso em 01 ago. 2017.

SANTOS. M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 19a. ed., 2010.

# Qualificação profissional em registros e informações em saúde: uma experiência no Piauí

05

**Sergio Munck  
Fernanda Martins**

## Introdução

Dentre as diversas práticas sociais que marcam a humanidade ao longo da sua história, duas se destacam pelo seu reconhecimento em diferentes períodos: o trabalho e os processos educativos. Ao se analisar trabalho e educação, na perspectiva de Saviani (2007), observa-se que esses dois conceitos estão relacionados e constituem, em uma visão ancorada no pensamento marxista, na essência do ser humano:

Podemos distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião - por tudo o que se quiser. Mas eles começam a distinguir-se dos animais assim que começam a produzir os seus meios de subsistência (Lebensmittel), passo esse que é requerido pela sua organização corpórea. Ao produzir os seus meios de subsistência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material (Marx; Engels, 2009. p. 24).

Através do trabalho o homem consegue interagir com a natureza e modificá-la artificialmente, possibilitando assim sua sobrevivência. Essa produção necessária para o seu viver é um processo em constante evolução, que gera a formação do indivíduo, caracterizando-se como um processo histórico, de caráter educativo. Mediante a perpetuação dos ensinamentos, do processo de reprodução dos conhecimentos adquiridos, das trocas de relações, que o ser humano solidifica sua existência na sociedade. Neste contexto, trabalho e educação se constituem no cerne da existência do homem.

Em seu estudo *Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos*, Saviani (2007) faz uma análise histórica de como os conceitos de trabalho e a educação foram se dissociando e se aproximando ao longo do tempo de acordo com o desenvolvimento dos modos de produção vigentes na sociedade.

O trabalho, que se apresenta como o instrumento de sobrevivência do ser, transforma-se no principal meio de dominação a partir do surgimento da propriedade privada, gerando a divisão dos homens em classes. Segundo o autor, a apropriação privada da terra causou a expropriação do trabalho humano, gerando assim duas classes distintas “a classe dos proprietários e a dos não-proprietários” (SAVIANI, 2007). A mesma ruptura sofrida no trabalho também foi refletida na educação, passando-se então a ter uma educação destinada para os que têm posses, que dispõem de tempo livre para se dedicar e se “alimentar” intelectualmente, centrada na cultura, ludicidade e exercícios físicos militares, gerando o que denominamos de escola. E uma educação para quem labora, voltada para o processo de trabalho, constituindo-se assim a separação entre instrução e trabalho, trabalho intelectual e trabalho manual.

Ao longo do tempo, com o surgimento de novos modos de produção, sobretudo o capitalista, e com o advento da revolução industrial, a relação trabalho e educação sofre uma nova reconfiguração. O aparecimento das máquinas modifica estruturas fazendo com que os ofícios manuais se tornem simplificados, transformando o processo de trabalho mais ágil. Observa-se, então, uma mudança radical da sociedade feudal, constituída por um trabalho baseado no cultivo da terra, para uma sociedade urbana, com a ocupação das cidades e o surgimento das indústrias. Deste modo, torna-se necessário um novo modelo de educação que sirva de base para essa nova estrutura, e nesse contexto, a alfabetização se torna fundamental para todos os membros daquela sociedade. A partir desse momento, com a consolidação do modo de produção capitalista, verifica-se que o Estado emerge com um papel centralizador da educação e a escola se torna o principal instrumento dessa reprodução.

A escola passa a aglutinar o trabalho intelectual e manual em seu processo educativo. Para utilizar o maquinário (que nada mais é do que a consolidação física do trabalho intelectual agindo sobre o trabalho manual), os trabalhadores precisavam aprender como operar esse novo instrumento. Assim sendo, coube à escola oferecer esse tipo de educação para a camada da sociedade voltada para o mundo da produção. Vemos então o surgimento de dois tipos distintos de escolas: as de formação geral e as escolas profissionalizantes. Pode-se observar que mesmo com a universalização da escola para toda a sociedade moderna, as diferenças nas bases educativas se registram bem demarcadas na estrutura de ensino por classes, um destinado à classe dominante e outro à classe dominada. Uma educação voltada para a burguesia, “para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e os representantes das classes dirigentes” (SAVIANI, 2007, p.159); e outra, pautada para os trabalhadores, limitada, como um instrumento de mercado, voltada para atender a demanda do capital.

Contrapondo a essa visão mercadológica estabelecida nas práticas da sociedade pautada pelo capitalismo, Marx destaca a importância dos processos educa-

tivos, formativos, como fundamentais para a extinção das classes sociais. Processos esses que desenvolveriam valores, conhecimentos e novas relações visando à extinção da dominação, opressão, exploração e violência desta ordem social. Três conceitos sistematizados pela teoria marxista são fundamentais e interligados para a efetivação de um projeto igualitário de sociedade: o trabalho como princípio educativo, a educação omnilateral e a educação politécnica.

Esses três conceitos podem ser compreendidos como um projeto contra-hegemônico que pretende superar as injustiças e desigualdades por meio da formação do trabalhador, na medida em que a educação omnilateral se propõe a desenvolver todas as bases de conhecimento do homem; o trabalho como princípio educativo sustenta que o homem desde seu nascimento se enxerga como um ser pertencente à natureza e todas as suas práticas estão atreladas às produções coletivas dentro da sociedade; e a educação politécnica atrela o processo de produção e reprodução da vida através do trabalho.

A educação politécnica seria o instrumento de formação capaz de organizar a classe trabalhadora através da junção entre educação geral e específica e do trabalho manual e intelectual, prezando por uma sociedade sem classes, livre da dominação e da alienação.

Os processos de educação profissional de trabalhadores da saúde são compostos por “projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.13). De um lado um projeto hegemônico, com um caráter alienado, cuja educação profissional está pautada para a adaptação e a serviço do capital, das grandes corporações de saúde. E, de outro, contrário ao status quo, em prol de superar as injustiças e desigualdades, com uma formação pautada na autonomia e na ótica do trabalhador, na reflexão de seus processos de trabalho e na sua vida em sociedade.

Como romper com uma lógica hegemônica que coloca o educando / trabalhador como um instrumento do capital? Como proceder para que esse discente, oriundo da classe trabalhadora, com suas intensas jornadas laborais, encontre motivação e qualidade de ensino que supere os alicerces alienadores da nossa sociedade?

## **○ O Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde e o trabalho como princípio educativo**

Pautada em uma perspectiva em prol de uma educação transformadora e emancipadora, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) desenvolve suas atividades de ensino e pesquisa através de práticas educativas

que auxiliam no processo de autonomia dos discentes. Vindo ao encontro dessa proposta, o Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (LIREs), cuja missão institucional é consolidar as informações e registros em saúde como um campo de conhecimento e de práticas profissionais, desenvolve seu processo de trabalho focalizando nas seguintes linhas de ensino: informação para gestão do SUS; gestão dos registros em saúde; informação, controle social e cidadania; informação para vigilância em saúde; tecnologias de informação e comunicação no processo educativo.

Ao se considerar as informações em saúde como fonte de conhecimento sobre a situação de saúde de uma população, torna-se imprescindível que as mesmas estejam organizadas de forma a subsidiar e aperfeiçoar as ações de saúde. Para ser viável esse processo os profissionais que atuam na área de Informações e Registros em Saúde precisam ser qualificados de modo que os relatórios e indicadores produzidos sejam de qualidade e úteis para a gestão e atenção, para os usuários do SUS e para os profissionais de saúde.

O déficit de profissionais qualificados para desempenharem as atividades inerentes à referida área é significativa no país, o que acarreta “nós críticos” quanto à qualidade e ao uso dos dados e das informações na gestão e atenção, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, com ênfase nas ferramentas epidemiológicas. Ao se discutir e propor a capacitação desses trabalhadores é primordial superar a dicotomia entre trabalho manual e intelectual com base na concepção do trabalho como princípio educativo. Além disso, na Educação Permanente em Saúde há reflexões sobre como o cotidiano do trabalho pode gerar processos de educação em saúde. Tomando por base esses princípios que o LIREs pauta seus processos de ensino e aprendizagem.

Assim sendo, a capacitação para os profissionais que atuam na área de Informações e Registros em Saúde se fundamenta em uma qualificação que considera as práticas, conhecimentos, saberes e habilidades desses trabalhadores, sua compreensão e reflexão do processo de trabalho e seus contextos de ações como instâncias potencialmente transformadoras da realidade. Essa mudança no cotidiano será mais concreta, quanto mais comprometidos e conscientes estiverem os profissionais de seus papéis como atores sociais que atuam na área de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Com base nesses ideais e com a bagagem advinda de anos à frente dos processos formativos na área de Informações e Registros em Saúde, o LIREs/EPSJV e a Vice Presidência Ensino Informação e Comunicação/FIOCRUZ, em reunião realizada no segundo semestre de 2013, pactuaram junto às instituições formadoras do Piauí o interesse em realizar um programa de capacitação dos profissionais de

nível médio da área de saúde de todo o Estado, sobre a temática. Para tanto, fez-se necessário desenhar um Plano de Curso que contivesse, pelo menos: etapas/abrangência do programa de formação; modalidade do curso; carga horária; perfil da demanda; estrutura necessária; parcerias locais a serem estabelecidas. Para consecução desses objetivos foram realizadas algumas visitas técnicas e oficinas ao longo de 2015, que viabilizaram o curso no ano seguinte, com o propósito de qualificar profissionais do SUS no processo de produção de informações em saúde e na organização dos serviços de Registros e Informações em Saúde.

O “Curso de Qualificação em Registros e Informações em Saúde para Trabalhadores de Nível Médio do SUS - Turma Piauí” foi realizado ao longo de um semestre, em cinco eixos articulados a cada mês, relacionando Saúde - Informação - Registros em Saúde, sendo ministrado pelo corpo docente da EPSJV, em particular do LIRES. Com a carga horária dividida entre aulas teórico-práticas, desenvolvimento de atividades referentes ao trabalho online de cada um dos eixos (período de dispersão) e realização de seminários para a estruturação dos trabalhos de conclusão de curso, totalizou-se 248 horas. Nos momentos de dispersão entre os eixos, foram utilizadas ferramentas de educação online (Moodle®).

A metodologia utilizada adotou como referência as singularidades das práticas dos trabalhadores da área de Informações e Registros em Saúde, bem como as especificidades do trabalho desenvolvido nas diferentes unidades do Sistema Único de Saúde. Considerando que os estudantes/profissionais possuíam práticas laborais distintas no setor saúde e a inserção diferenciada nos processos de trabalho, a metodologia proposta procurou resgatar essas experiências, estabelecendo relações fundamentais entre teoria/prática, ensino/trabalho, de modo que permitisse aos profissionais uma reflexão sobre sua atuação.

O público alvo do Curso de Qualificação foi composto por 35 profissionais do SUS das esferas estadual e municipal do Estado do Piauí, com a escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, e cujas atividades utilizavam informações e registros em saúde visando o aperfeiçoamento da atenção e da gestão das ações em saúde.

## ○ ○ contexto

Quase todos os profissionais de saúde necessitam de informações no seu processo de trabalho. Ao procurar atendimento numa unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, é esperado que, além de uma recepção acolhedora e uma escuta qualificada, por parte da equipe, os profissionais que ali trabalham façam perguntas e registros sobre a história e as razões que levaram àquele atendimento. Posteriormente, serão acrescentados, por exemplo, resultados dos exames clínico, laboratorial e de imagem, aos primeiros dados coletados e devidamente registra-

dos em formulários apropriados, o que permitirá aos profissionais envolvidos no atendimento, terem acesso à informação útil. Além disso, dados sobre a gravidade da doença, a ocorrência de infecção hospitalar e a quantidade de complicações decorrentes dos procedimentos realizados se revestem de fundamental importância para a qualidade e segurança da assistência prestada.

Os profissionais implicados na gestão das unidades de saúde também necessitam de dados e informações sobre os atendimentos realizados para que possam efetuar o planejamento e monitoramento do quadro de pessoal, recursos financeiros e materiais, independente da natureza jurídica da unidade.

Ao se adotar o conceito ampliado de saúde como resultado das condições de vida, Moraes (1994) afirma que as informações em saúde acabam por se referir, por analogia, às informações que permitem conhecer e monitorar essas condições, não se limitando a identificar a presença ou a ausência de doenças.

A obtenção em tempo hábil de informações fidedignas é estratégica, tanto no nível central, quanto nos regionais e locais, sobre a demanda dos serviços, material gasto, número de profissionais, patologias mais frequentes tratadas nos serviços, perfil epidemiológico da população, etc., de forma a orientar a tomada de decisões e a gestão do sistema de saúde. A informação, obtida baseando-se em dados coletados nos “encontros” do usuário com os serviços de saúde, é usada, na pesquisa, na educação em saúde, na avaliação, no planejamento, no financiamento e nas ações de vigilância em saúde, assim como no cuidado em saúde.

Dado o caráter estratégico, explicitado nas normas legais, para o cumprimento do dever constitucional do Estado brasileiro para com a saúde, aliado à grande quantidade e complexidade de dados coletados, as ações de informação em saúde devem ser desenvolvidas no âmbito da gestão pública, visando o fortalecimento de uma cultura institucional na área de informações (ABRASCO, 2006). Daí, a necessidade de um profissional que tem na informação e nos registros em saúde seus objetos de trabalho: ele é capaz de manusear fichas de atendimento, formulários, prontuários do paciente; coletar, codificar e armazenar dados; construir indicadores; gerar relatórios, analisar e disseminar informação; sem se esquecer da manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados (DYSON; GREENE; FRAHER, 2004).

Ao longo dos últimos anos, a incorporação e, posteriormente, a capilarização das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) nos diversos órgãos das diferentes esferas administrativas e, conseqüentemente, a maior disponibilidade de dados, vem gerando uma demanda por mais profissionais da área de Informações e Registros em Saúde, com um perfil distinto. Anteriormente, esse profissional

estava localizado em setores específicos dos estabelecimentos de saúde, mas hoje em dia, por conta dessas mesmas tecnologias, eles podem ser encontrados em vários outros setores nos níveis central, regional ou local, contribuindo para o aperfeiçoamento da atenção e da gestão municipal das ações em saúde. Outro ponto a ser abordado diz respeito às inovações tecnológicas e organizacionais, visto que essas vêm se caracterizando por visíveis mudanças no processo produtivo em diferentes setores. Estas inovações, geralmente, modificam as bases técnicas, de organização, de gestão, de atenção e de relações no trabalho, exigindo novos requisitos dos profissionais. Portanto, pensar a qualificação desse profissional, neste momento de mudança, é ação extremamente oportuna e relevante para o Sistema Único de Saúde.

## ○ Relato da experiência realizada no Piauí

A demanda pela implantação de cursos técnicos gerou a necessidade de atuar em duas estratégias de formação profissional: inicialmente, a realização de cursos de qualificação de nível médio e, numa segunda etapa, uma proposta de um curso de formação técnica, sob responsabilidade da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz.

Após uma reunião na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) do Piauí, em 2015, optou-se por abrir o processo seletivo para os municípios de todas as regionais do Estado e, não somente, para os municípios localizados na Região Entre Rios, no entorno da capital. O Edital com as regras para a seleção foi disponibilizado no site da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI). Após a publicação, foram inscritos 35 alunos, por meio de seleção em conjunto com o Escritório Fiocruz-PI, dos serviços de saúde de Teresina e de 10 municípios do interior do Piauí. Um breve perfil desses trabalhadores será apresentado adiante.

Os critérios de seleção também foram discutidos e definidos pelos profissionais das instituições envolvidas, a saber: prioritariamente ser trabalhador efetivo de nível médio do Estado, Município e União, com comprovação documental; estar realizando atividades que utilizassem Sistemas de Informação em Saúde; ter habilidade para manusear ferramentas de internet; ter a carta de anuência do gestor e a carta de intenção de candidato, colocando o interesse em realizar o curso, bem como a disponibilidade para frequentá-lo durante uma semana, uma vez por mês.

## ○ O Curso foi estruturado em cinco eixos temáticos, conforme explicitado a seguir:

**Eixo I: Políticas Públicas e Planejamento em Saúde.** Neste eixo de abertura, foi ministrada uma aula inaugural, sob o tema “Direito à Saúde: Histórico, Desafios e Ameaças”, que se verificou bastante adequado, pois procurou contextualizar as questões

da saúde brasileira desde o início do século XX, passando pela construção do SUS, seus novos desafios e os riscos que o Sistema Único poderá sofrer. Possibilitou, também, introduzir os alunos no debate que perpassou todo o primeiro eixo do Curso, dedicado às Políticas Públicas de Saúde, em particular a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Essa interação entre os corpos docente e discente foi uma marca presente em todas as semanas de aula, pelas dinâmicas propostas pelos professores e pela intensa e rica participação dos alunos.

*Os componentes curriculares deste eixo foram:*

- Trajetória das políticas de saúde até a implantação do SUS com as Leis Orgânicas da Saúde; Introdução às Políticas de Saúde no Brasil; Balanço da implementação e operacionalização do SUS nos anos 1990 até o início dos anos 2000 e inflexões políticas a partir dos anos 2000; Planejamento em Saúde; Planejamento e gestão de processos; Análise e melhoria de processos em saúde.
- Conceitos básicos das informações e registros em saúde. A importância estratégica da informação em saúde; Política Nacional de Informação e Informática em Saúde; A informação em saúde e seu papel estratégico para o SUS.

## **Eixo II: Organização do Processo de Trabalho em Registros de Saúde**

*Componentes curriculares:*

- Política Nacional de Humanização em Saúde; Conceitos básicos sobre Dados, Registros, Informações, Documentos, Arquivo, Gestão de Documentos; A Arquivística e área da saúde - Gestão de documentos e arquivos e Gestão da saúde; Aspectos éticos legais dos registros e informações em Saúde: a produção de documentos e sua relação com o cidadão. Ética e cidadania; O prontuário do paciente: conceito e importância para a gestão da saúde; A produção de registros nas instituições de saúde e a relação com o prontuário do paciente; As novas tecnologias de informação e comunicação e sua relação com a gestão da saúde - documentos digitais X documentos em suportes tradicionais.

## **Eixo III: Análise da Situação de Saúde**

*Componentes curriculares:*

- Processo saúde-doença e Determinação social e interações com a epi-

demologia, estatística e demografia; Noções de Estatística Descritiva e Amostragem; Noções básicas de Demografia em Saúde; Dinâmica populacional e Indicadores demográficos; Questões demográficas atuais e seus impactos na saúde; Transição demográfica e epidemiológica; Principais indicadores de saúde; Análise de situação de saúde; Perfil demográfico e epidemiológico brasileiro e do Piauí.

#### **Eixo IV - Sistemas de Informações em Saúde**

*Componentes curriculares:*

- Principais Sistemas de Cadastros Nacionais do SUS; Principais Sistemas Hospitalares e Ambulatoriais do SUS; Indicadores do SISACTO; Principais Sistemas de Eventos Vitais e Vigilância Epidemiológica; Principais Sistemas Epidemiológicos; e-SUS AB; Indicadores de avaliação hospitalar; Noções de Informática; Ferramentas de tabulação; Tabulação dos dados do Piauí.

#### **Eixo V - Seminário de elaboração dos Trabalhos de Conclusão de Curso e apresentação dos mesmos**

O programa do curso foi desenvolvido em aulas presenciais e, nos momentos de dispersão, entre os eixos, utilizou-se uma ferramenta de educação online, o Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA (Moodle®). Nesta plataforma foram disponibilizados todos os materiais utilizados pelos docentes e os alunos inseriram os trabalhos relativos a cada eixo com se encerrava.

Aos alunos, também foi solicitado que fizessem uma avaliação do Eixo, ao final de cada semana de aulas, preenchendo um formulário, sem necessidade de sua identificação. Neste instrumento, eles avaliaram os docentes do eixo (Domínio do conteúdo; Clareza e objetividade da exposição; Interação com a turma; Adequação do método/atividades). Fizeram sua própria autoavaliação (Assiduidade; Assimilação do conteúdo; Realização das tarefas). Finalmente, apresentaram sugestões, críticas ou comentários diversos. Uma análise destas avaliações é apresentada no item VI.

Ao final das aulas dos Eixos II e III, foram apresentados aos alunos os quatro roteiros-base para a confecção dos TCC. Os alunos, em grupo, escolheram uma das modalidades apresentadas pela coordenação e definiram os respectivos objetos de interesse. Conforme pactuado na oficina realizada em Teresina, em maio de 2016, coube ao Escritório-PI a identificação dos orientadores locais para auxiliar os alunos no processo de construção do trabalho final. Feita essa escolha, durante o Eixo III, foi realizada uma reunião com a presença dos orientadores, coordenação

local do curso e a coordenação geral, para se estabelecer os moldes da orientação.

*Ao todo, foram elaborados seis TCC:*

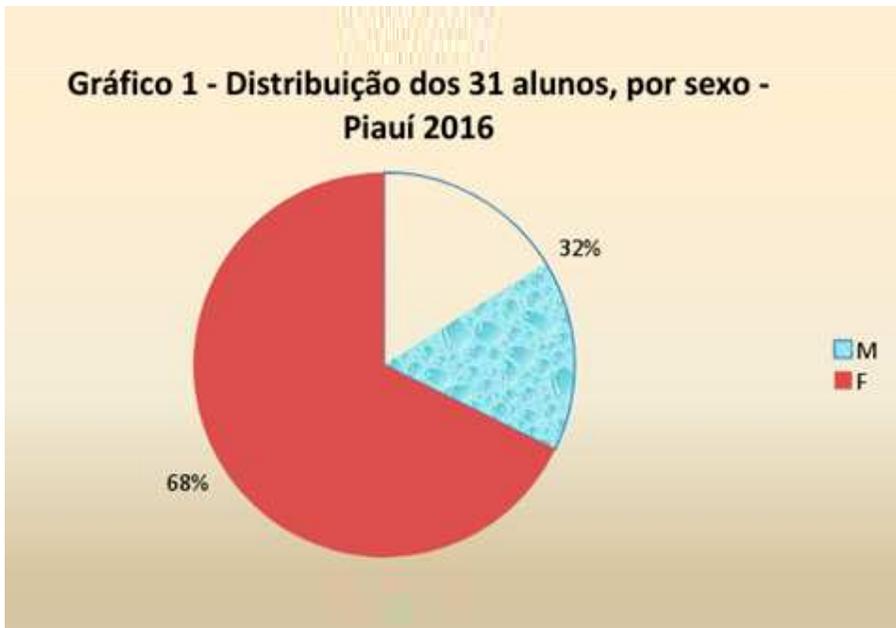
- “Gestão de documentos no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina-PI”, que teve como objetivo realizar um diagnóstico do setor de Registros e Informações em Saúde do Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina e propor medidas visando a otimização do processo de trabalho;
- “Diagnóstico Documental do CAPSi de Teresina-PI”, que teve como objetivo realizar um diagnóstico que vislumbresse a realidade da gestão de arquivos no CAPSi de Teresina e apontasse a importância das informações analisadas para esta e futuras gestões, no intuito de proporcionar melhorias na qualidade da assistência prestada ao usuário;
- “Gestão Documental Comparativa entre o Hospital da Polícia Militar e o Hospital de Urgência de Teresina”, que visou detalhar o “caminho” que o prontuário trilha até finalizar sua função administrativa. Foram realizados levantamentos nos dois hospitais para um melhor conhecimento dos setores, objetivando conhecer as diferenças entre um hospital que é eletivo e outro de Urgência/Emergência;
- “Análise da Regulação do Acesso à Internação Hospitalar no Estado do Piauí”, que teve por objetivo analisar o processo de implantação da Regulação de Internação no Estado do Piauí, por meio de uma revisão da literatura especializada, entre setembro e outubro de 2016. Foram realizadas consultas a livros e períodos por artigos científicos selecionados, mediante busca no banco de dados do Scielo e da Bireme, valendo-se das fontes Medline e Lilacs, e de dados da Regulação de Internação do Estado do Piauí, consolidados do primeiro semestre de 2015 e 2016;
- “Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais no Estado do Piauí para os Profissionais da Rede Pública de Saúde”, elaborado como um estudo quantitativo e descritivo, que utilizou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, onde foi pesquisada a ocorrência de notificações de hepatites nos municípios que compõem os territórios de saúde do Estado. O período do estudo foi de 2011 a 2015. As variáveis analisadas foram: distribuição por Territórios de Saúde, classe etiológica do vírus, faixa-etária, sexo e formas de transmissão da doença.

- 1 “Diagnóstico de Saúde: Território do Vale do Canindé”, que se propôs a analisar o Território situado na macrorregião semi-árido, que abrange 17 municípios do Piauí, sua evolução, desenvolvimento e tendências, e assim, caracterizar a situação de saúde dessa região e soluções de curto e longo prazo.

## ○ Perfil dos alunos egressos

Para auxiliar na compreensão do desenvolvimento e resultados do curso, apresenta-se um perfil dos alunos egressos, com uma breve análise das variáveis básicas. O Curso foi concluído por 31 profissionais, uma vez que quatro deles não puderam completá-lo por variados motivos.

Do total de egressos, 21 eram do sexo feminino e 10 do masculino, conforme mostra o Gráfico 1. Mais de dois terços da turma era do sexo feminino (68%).



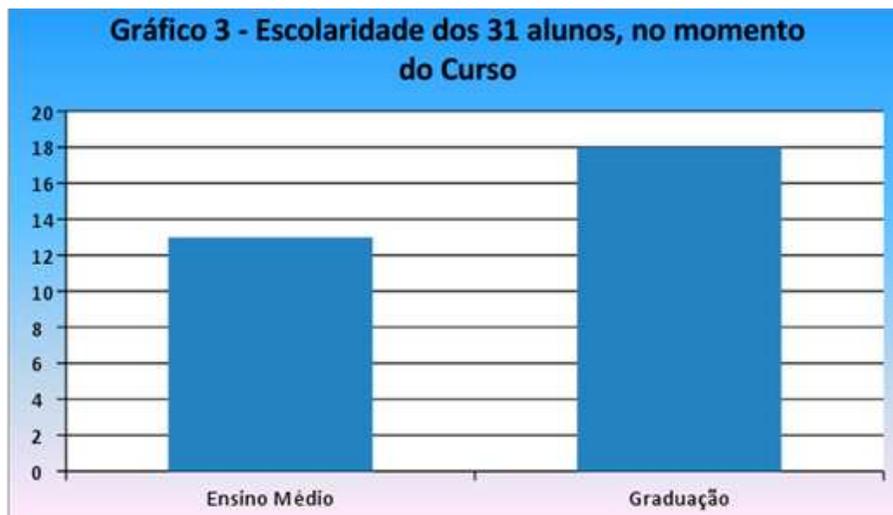
**Fonte:** Autores, 2019

A média de idade do grupo de alunos atingia 39 anos, com a distribuição etária apresentando a seguinte curva conforme o Gráfico 2. Destaca-se que pouco mais da metade dos alunos (52%) tinha menos de 40 anos, quando realizaram o curso:



**Fonte:** Autores, 2019

A média de tempo de serviço de todos os alunos da turma, nos respectivos vínculos, era de 9 anos. Quanto à escolaridade no momento do curso, do total de alunos 18 possuíam Curso Superior e os outros 13 haviam concluído o Ensino Médio, conforme o Gráfico 3. Destaca-se, portanto, que 58% dos alunos tinham escolaridade equivalente à graduação.



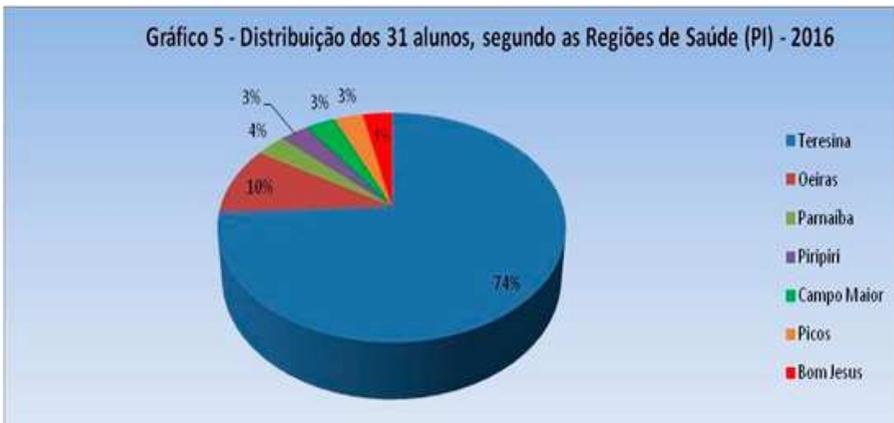
**Fonte:** Autores, 2019

A maior parte dos alunos (19) possuía vínculo com a esfera estadual (nível central da SESAPI ou unidades estaduais de saúde), representando 61% dos egressos, conforme demonstra o gráfico 4. Do total, nove estavam vinculados à esfera municipal e os outros três tinham vínculo federal (HU/UFPI). Os cargos ocupados concentravam-se (58%) na área administrativa e de apoio, na área de enfermagem (23%), e os restantes 19% na área de TI ou de gestão das unidades de saúde.



**Fonte:** Autores, 2019

Quanto à distribuição geográfica/territorial, os alunos eram provenientes de nove municípios do Estado, incluindo a capital, 23 deles oriundos dos serviços de saúde de Teresina e os 8 restantes distribuídos em seis Regiões de Saúde do Estado do Piauí.



**Fonte:** Autores, 2019

## ○ Avaliação dos alunos

A etapa de conclusão do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, além das apresentações dos TCCs, constituiu-se também em um momento de avaliação por parte dos discentes. Nessa avaliação os mesmos puderam pontuar as principais visões em relação ao curso, sua estrutura, metodologia, aplicabilidade e reflexos dos conteúdos ministrados, não somente no ambiente de trabalho, mas obtendo ainda uma visão integrada sobre saúde pública e os serviços de saúde na sociedade.

A disponibilidade dos docentes, assim como os conteúdos abordados nas aulas e divisão do curso em eixos temáticos, foram pontos destacados como positivos no processo ensino-aprendizagem. O perfil diversificado dos alunos também se constituiu como ponto fundamental de contribuição na troca entre os presentes, enriquecendo as discussões travadas durante os encontros, possibilitando uma amplitude na apropriação dos processos de trabalhos desenvolvidos por cada profissional da área de Informações e Registros em Saúde.

Em contrapartida, o tempo de duração reduzido do curso foi bastante mencionado pelos alunos. E como os conteúdos específicos na área eram de pouco conhecimento para grande parte da turma, aliado a falta de iniciativas na promoção de cursos de nível médio e técnico no Estado, a realização de novos processos formativos tornou-se um dos pontos mais reivindicados, visando o aumento das práticas de educação permanente.

## ○ Considerações Finais

A perspectiva teórica da educação politécnica, que fundamenta as propostas educacionais da EPSJV, nos revela um processo de ensino-aprendizagem sob uma ótica emancipatória, pautada por uma educação igualitária e de qualidade para todos. Esta perspectiva é refletida nos cursos oferecidos por seus laboratórios, sendo o Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde fundamentado sob estes princípios.

A construção de um diálogo enriquecedor entre os docentes e discentes proporciona uma reflexão entre as práticas laborais e a sociedade, o que faz com que os alunos se apropriem de seus processos de trabalho e com isso possam fortalecer o SUS. É evidente que as práticas de educação permanente para os níveis médio de ensino ainda se apresentam escassas e mostra-se extremamente necessária a ampliação da oferta de cursos que permitam aos trabalhadores do sistema de saúde que estejam cada vez se mais conscientes de seus direitos e deveres em defesa de uma saúde pública de qualidade para todos.

Entende-se que esse relato de experiência, baseado na formação dos trabalhadores do campo das Informações e Registros em Saúde no Estado do Piauí, proporcionou a reflexão para novas propostas de formação e o fortalecimento da educação profissional em saúde.

## ○ Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo Técnico de Informação em Saúde e População. **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde/2008-2012**. ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080716113101.pdf>. Acesso em: 31 ago 2019.

DYSON, S.L.; GREENE, S.B.; FRAHER, E.P. **A shortage of health information management professionals: how would we know?** J Allied Health. 2004. Fall; 33(3):167-73.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MORAES, I.H.S. de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SAVIANI, D. **Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-165, jan./abr. 2007.

# Percepções sobre a importância da educação interprofissional para promoção da saúde: uma experiência no sudoeste goiano

06

*Edlaine Faria de Moura Villela  
Izabella Cadore  
Fabiola Silva Lima*

## Introdução

Analisando de maneira crítica a Educação em Saúde perante as últimas décadas é notável o desenvolvimento grandioso e uma reorientação crescente dos conceitos que envolvem teorias e metodologias dentro dessa área. Isso se deve aos estudos das Ciências Sociais Contemporâneas e à Antropologia da Saúde (MENEDEZ, 1998).

A Educação em Saúde compreende desde um importante espaço que inclui a construção e a difusão do conhecimento e a práticas diretamente relacionadas com cada cultura, e preconiza o que é viver de maneira saudável como também produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER, 2006).

Para Marcondes (2004), o entendimento de Educação em Saúde a partir de um conceito mais desenvolvido demonstra o reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco direcional no risco individual para se entender a saúde e a não saúde.

Logo para Schall e Struchiner (1999), a Educação em Saúde deve incluir políticas públicas, ambientais e a reorientação dos serviços, para além dos tratamentos clínicos e curativos. Inclui ideias pedagógicas com o comprometimento da cidadania indicando que a base está no melhoramento da qualidade de vida. Aqui cabe mencionar que o modelo tradicional de Educação em Saúde também traz estratégias educativas, mas de acordo com o pressuposto biomédico, e não sanitarista.

## ○ Educação Interprofissional (EIP)

Constituintes do campo da saúde em nível global, a educação e a prática interprofissional destacam-se devido ao trabalho ser realizado em grupo, o que denota uma inovação no padrão de formação dos profissionais e de uma maior atenção à saúde (WHO, 2010; FRENK et al, 2010).

A Educação Interprofissional (EIP), elemento importante nos dias de hoje tem como principal característica a formação de profissionais com habilidade para realização de trabalho em grupo, o que se torna essencial para o embasamento nos cuidados com a saúde (BATISTA, 2012).

Segundo Batista (2012), a integração é um dos desafios da EIP, pois esta é compreendida como novas interações no trabalho em equipe, as trocas de conhecimentos, experiências e posição de respeito às diferenças, onde gera a partir disso a cooperação para a realização de atitudes transformadoras. É possível questionar-se sobre a situação dos cursos de graduação do Brasil, onde pairam dúvidas sobre os cursos em saúde têm ou não o comprometimento com o desenvolvimento de graduados para a realização do trabalho em grupo. Estas dúvidas, apesar de serem claras, não tem sido foco de novas propostas na formação no Brasil, mesmo sendo considerado importante, o foco ainda está para uma visão de prática isolada.

Batista (2012), afirma que a EIP está diretamente ligada com o aprimoramento de três competências, sendo elas: 1) a comum a todas as profissões, 2) as específicas de cada área profissional e 3) a colaborativa. Essas competências incluem o respeito a cada profissão, a organização, a tolerância e a negociação. É possível notar os benefícios da EIP na formação do profissional em saúde. Existem dificuldades para sua implantação, como por exemplo, problemas que vão desde a falta de definição precisa e também nas relações entre os profissionais.

A EIP vem sendo debatida como uma proposta de formação, principalmente nos Estados Unidos e Europa com a expectativa de aprimorar os cuidados em saúde através do trabalho em grupo (BARR, 2005). No Brasil, ainda existem poucas experiências sobre a Educação Interprofissional, apesar dessas experiências de aprendizagem existirem, não são voltadas para a prática do interprofissionalismo (BATISTA, 2012).

## ○ Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS)

Uma maneira de estabelecer um panorama de como está a formação de profissionais em saúde no Brasil, e contribuir com as políticas de educação e saúde e os processos de gestão da força de trabalho, é analisando os dados contidos no

Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS). A base de dados SIGRAS é um instrumento que processa informações da Educação Superior do INEP/MEC, elaborado pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) (OMS; OPAS; MS; UERJ, 2015).

Este sistema possui banco de dados das graduações da área da saúde, sendo elas biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, saúde coletiva e serviço social (OMS; OPAS; MS; UERJ, 2015).

O SIGRAS fornece dados estatísticos no formato de gráficos e de tabelas (série histórica e tabelas por graduação), como também pode selecionar e organizar os dados de acordo com o objetivo da pesquisa produzindo assim relatórios. Este sistema é capaz de estruturar informações das Profissões de Saúde sobre vagas, matrículas, inscritos, ingressos e concluintes, por natureza jurídica, categoria administrativa e organização acadêmica, segundo localização geográfica (município, UF e região) no país. Suas tabulações podem ser relacionadas a gráficos e mapas para melhor visualização e análise espacial da informação. (OMS; OPAS; MS; UERJ, 2015).

## ○ Situação atual da interdisciplinaridade no Brasil

A interdisciplinaridade pode ser considerada como uma intensa troca de sabedoria profissional através de profissionais especializados em diferentes campos, que exercem dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, implicando desta maneira em uma atitude diferenciada a ser assumida diante de um determinado problema, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão mais unificada e abrangente sobre o ser humano (OLIVEIRA et al, 2011).

A discussão da interdisciplinaridade leva em consideração dois grandes enfoques: o epistemológico e o pedagógico, sendo que os dois envolvem conceitos variados e, muitas vezes, complementares. O epistemológico utiliza no seu estudo conhecimentos como aspectos de formação, reorganização e socialização; a ciência e seus paradigmas; e o método como mediação entre o sujeito e a realidade. Já no enfoque pedagógico discutem-se os problemas de natureza curricular, de ensino e de aprendizagem escolar (THIESEN; 2008).

A interdisciplinaridade mostra-se necessária na construção e na socialização do conhecimento no meio educativo, e vem sendo discutida por vários autores, particularmente por aqueles que pesquisam as teorias curriculares e as epistemologias pedagógicas. Observa-se na literatura uma posição de concordância quan-

to à finalidade da interdisciplinaridade: ela procura responder à necessidade de superação da visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento. É um movimento que caminha para novas formas de sistematização do conhecimento ou para um novo sistema de realização, disseminação e transferência (GIBBONS et al, 1997; THIESEN; 2008).

Segundo Peduzzi et al. (2013), no contexto brasileiro a formação em saúde é em sua maioria uniprofissional, ou seja, as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais, isto sugere que as iniciativas de EIP, no Brasil, ainda são tímidas.

As discussões sobre interdisciplinaridade no Brasil progrediram suficientemente, desde seus primórdios, deixando de inquietar-se apenas com a teoria. Atualmente, destina-se a examinar possibilidades de como alterar a realidade educacional para então se ter uma efetiva integração entre as diferentes áreas do conhecimento (LIMA; AZEVEDO; 2013).

A importância da integração de disciplinas no âmbito de cursos de saúde é reforçada por diversos estudos nacionais, mediante os conhecimentos experimentados e vividos como uma oportunidade de construir profissionais mais empenhados e que tenham certo conhecimento para atender as necessidades de saúde da população. A interdisciplinaridade pode impulsionar a incorporação de disciplinas num mesmo setor profissional, o que simboliza um avanço em relação à tendência à fragmentação (PEDUZZI et al, 2013).

A educação interprofissional é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma estratégia inovadora e em que os profissionais são ensinados a trabalhar em equipes interprofissionais que possuem a capacidade de criar práticas colaborativas, que possa ser aproveitada para diminuir o corporativismo profissional e assegurando desta maneira a formação de profissionais colaborativos, produzindo assim consequências positivas nos resultados de saúde da população e nos sistemas de saúde (WHO, 2010; PEDUZZI et al, 2013; NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais graduações aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, permitindo desta maneira a efetiva colaboração e melhoramento dos resultados na saúde. Estarão prontos para entrar no local de trabalho como membros da equipe de prática colaborativa ao entenderem como trabalhar de forma interprofissional (UNIFESP, 2009).

A interdisciplinaridade pode, muitas vezes, ser confundida com equipes multiprofissionais, mas apesar de serem semelhantes, não são sinônimos. As equipes

multiprofissionais são formadas por diferentes profissionais de diferentes áreas e possuem a característica de trabalharem em conjunto, porém, de forma isolada para alcançar um mesmo objetivo, não havendo trocas de ideias e conhecimentos. O mesmo objeto pode ser tratado por duas ou mais disciplinas ou profissionais sem que, com isso, se forme um diálogo entre elas. Uma abordagem multidisciplinar pode verificar-se sem que se estabeleça umnexo entre seus agentes (COIMBRA, 2000). Em contrapartida, a interdisciplinaridade objetiva em uma troca de sabedoria entre os profissionais, onde pode acontecer modificações ou enriquecimento na estrutura conceitual dos profissionais envolvidos. Havendo a possibilidade de criar novos conhecimentos por meio da interação e da construção participativa.

Exaltamos a importância do desenvolvimento e a investigação minuciosa em nosso meio específico, sobre a formação interprofissional, pois temos conhecimento que esse é um dos mais essenciais obstáculos a serem ultrapassados no âmbito das políticas de educação e em saúde no Brasil. Como a pesquisa sobre EIP, no contexto brasileiro, ainda é recente, estudos sobre o tema podem fornecer os primeiros componentes para futuras pesquisas e para a discussão da temática no país.

## Objetivo

Apresentar o panorama da educação interprofissional em saúde no contexto brasileiro por meio de análise do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS) e descrever as percepções de graduados sobre promoção da saúde no sudoeste goiano.

## Metodologia

### Delineamento do Estudo

Este é um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa e quantitativa.

### Período do estudo

O estudo foi realizado no ano de 2015 e 2016. O Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS) também foi analisado no ano do último boletim, sendo este em 2014.

### Coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de duas formas distintas: Foram analisadas informações obtidas na realização de um grupo focal com os alunos gradu-

ados matriculados no curso de Especialização em Saúde da Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí; e informações de caráter quantitativo obtidas no SIGRAS.

O grupo focal teve a participação de dez alunos de diferentes formações, sendo elas: Fisioterapia (n=2), Ciências Biológicas (n=1), Biomedicina (n=4), Enfermagem (n=2) e Farmácia (n=1). O objetivo do grupo focal foi discutir os saberes construídos por estudantes graduados sobre promoção da saúde no contexto da dengue, segundo as informações obtidas no decorrer da atuação profissional de cada um.

Na base de dados do SIGRAS foram coletados os dados referentes ao número de instituições nas áreas de saúde, especificando a localização das mesmas, sendo tanto nas grandes regiões do país, como também as dependências administrativas (privadas, municipal, estadual e federal).

### Análise dos dados

Para o grupo focal, foi realizada uma análise de conteúdo por meio dos seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2009). Durante este processo, foi feita a categorização para viabilizar a interpretação dos dados. Para os dados coletados do SIGRAS, foi adotada a Estatística Descritiva.

Para se analisar o conteúdo foi realizada em um primeiro momento a seleção dos dados do grupo focal em seguida realizada várias leituras de todo o material, a fim de encontrar as categorias importantes e selecionar as informações e as ideias mais citadas e questionadas durante a realização do grupo focal.

### Aspectos Éticos

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CAAE Plataforma Brasil: 51837815.5.0000.5083).

## **○ Resultados e discussão**

### Categorização

Como já apresentado anteriormente, a categorização é o tratamento das informações a fim de que as ideias possam ser selecionadas e classificadas. Diante da análise do material coletado, foram elaboradas as seguintes categorias: campanhas de prevenção, educação continuada, serviços de saúde, promoção da saúde, ações para as comunidades, políticas públicas, penalidades e classe social.

- Campanhas de Prevenção

No começo da discussão foi abordado por um dos dez participantes que a educação em saúde está relacionada com campanhas de prevenção, pois estas auxiliam na parte educacional (com o objetivo de prevenir casos novos de doenças) por meio de atividades naturais presentes no dia a dia de cada um. A educação primária deve existir sempre entre os profissionais da saúde que trabalham diretamente com a população, explicando de forma clara medidas educativas e de prevenção.

Aluna 1, biomédica: “Acredito que Educação em Saúde está relacionada com a dengue, com campanhas de prevenção da dengue, casos de epidemias, essa parte da prevenção, da campanha seja uma parte educacional voltada para a população com o intuito de prevenir novos casos.”

- Educação Permanente

Além da educação e saúde foi relatado sobre o modo de educação permanente que não se enquadra apenas na prevenção no momento auge de uma epidemia como, por exemplo, a dengue, mas sim nas informações constantes que devem ser transmitidas e esclarecidas por meio de orientações. Durante o questionamento ficou evidente sobre a confusão que a população faz entre sintomatologias de doenças parecidas. Foi consensual entre os participantes que é mais fácil prevenir do que realizar o tratamento. É importante ressaltar que a educação e saúde devem ser trabalhadas desde o período escolar com crianças, para que se possa mudar a realidade e o futuro.

Aluna 2, biomédica: “Eu acredito que Educação em Saúde é continuada não só com prevenções e no momento da epidemia, pois quando temos um atendimento com pacientes muitos não sabem o que é, no caso da minha prática o paciente chega e fala ‘vim fazer o exame de dengue’, mas não sabe os sintomas e nem quais exames”.

- Serviços de saúde

A prestação de serviços foi citada durante a discussão a partir da preparação do profissional de saúde que trabalha diretamente com o público alvo, onde o profissional deve estar sempre habilitado e informado para gerarem um atendimento de qualidade e clareza. Existem ainda muitas confusões e dúvidas a respeito de medicamentos, e isto fica evidente quando o paciente realiza a automedicação, pois muitos confundem efeitos e usos dos antitérmicos, analgésicos e antibióticos.

Aluna 3, farmacêutica: “Acredito que a Educação está relacionada na prestação de serviços, e também concordo no que vocês falaram, por exemplo, o paciente chega na farmácia e preciso fazer uma educação primária, educar o paciente

de acordo com as medidas educativas, prevenção ou até mesmo no tratamento, o paciente chega com sintomas de Dengue ou, às vezes, está achando que é, confundindo bastante as sintomatologias.”

- Promoção da saúde

Segundo uma das participantes do grupo focal, a promoção da saúde seria interessante, pois os públicos muitas das vezes são pouco informados devido à falta de acessibilidade às informações. Quando trabalhadas em conjunto, a promoção da saúde e a prevenção auxiliam bastante no bem estar da comunidade.

Aluna 4, enfermeira: “Isso é muito importante e também a promoção que a saúde faz a respeito é interessante, o público geralmente é pouco informado, e tem muitas pessoas que não possuem tanto acesso às informações, e, quando trabalhamos com a promoção da saúde e prevenção, e interage com a participação da comunidade.”

- Ações para as comunidades

A aproximação da comunidade com o problema vivido como, por exemplo, uma epidemia faz com que muitas dúvidas e mitos sejam esclarecidos, de forma que se pode amenizar o pré-conceito existente. A participação do agente de saúde é capaz de promover ações positivas para a comunidade, pois estes agentes estão em contato frequente com a população através de visitas em casas e esclarecendo dúvidas e trazendo informações novas, criando, dessa forma, uma relação de confiança e interessante, fazendo com que a comunicação seja mais acessível, clara e objetiva.

Aluna 5, fisioterapeuta: “Eu concordo com esse aspecto de Educação em Saúde, muito importante trazer a comunidade para o tema, onde podemos ver o que fazer para amenizar a população da epidemia e podemos verificar o quanto essas práticas de Educação e Saúde estão sendo efetivas e se alcançando onde gostaríamos, quer seja, diminuir a quantidade de pessoas com Dengue, o diagnóstico está sendo mais rápido.”

- Políticas Públicas

Medidas governamentais e educação em saúde deveriam se complementar, pois existem falhas em ambas. A falta de esclarecimento pode gerar desconfiças e mitos sobre doenças e vacinas. É questionado o que o governo tem feito para a conscientização de todos os tipos de população. Mas fundações como a Fiocruz são entidades que investem em pesquisas e desenvolvimentos de vacinas, colaborando assim com a ciência e a saúde pública.

Aluna 5, fisioterapeuta “Fico pensando onde está o equívoco, não só na parte de Educação e Saúde, mas também nas medidas governamentais, e as medidas de Políticas Públicas em saúde do governo nas instituições, será que eles estão passando aquele cheirinho, aquela fumacinha.”

- Penalidades

A punição não seria a melhor forma de reprimir a população para que cumpra algo, muitos se apoiam nessa ideia, pois com base em outros países a aplicação de multas se faz presente quando alguma irregularidade é encontrada, mas seria dificilmente implantada em nosso país, pois não existem fiscalizações vigentes.

Aluna 6, enfermeira: “Conversando com uma médica cubana, me contaram que alguns lugares existem multas, por exemplo, se eu deixo meu terreno sujo, não preocupo com a saúde dos meus vizinhos, eu vou ter que pagar por isso.”

- Classe Social

Doenças como a dengue, que foi o tema principal da discussão do grupo focal, foi discutido sobre a classe social, sendo que epidemias atingem tanto a classe social alta e baixa. O julgamento é que, muitas vezes, a falta de saneamento básico, serviços de coleta de lixo regular, contribuem para os focos aparecerem, devido ao ambiente propício. Relatou-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), presta sempre atendimentos mais completos atendendo qualquer tipo de classe social, devido a melhores informações e cuidados.

Aluna 1, biomédica: “Dengue pega tanto classe alta como classe baixa, rico ou pobre têm dengue. Quem trabalha em rede particular vai concordar comigo, eles chegam no SUS falando que na rede particular não foram bem atendidos.”

Para Batista (2012), a implantação da Educação Interprofissional fortalece as trocas de conhecimentos e saberes, onde aprendizagens são compartilhadas, sendo que, todos os envolvidos, como por exemplo, a sociedade ou os profissionais de saúde se beneficiam, pois aprendem juntos uns com e sobre os outros.

Segundo Cooper, Spencer-Dawe e Mclean (2005), após avaliar a educação interprofissional com estudantes de enfermagem, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional concluiu que existe um maior desenvolvimento de confiança e reforço na vida profissional.

Conforme Carpenter (1995), essa socialização e educação interprofissional são capazes de mudar as percepções negativas existentes acerca dos profissionais

de saúde a partir da comunicação e confiança. Gyamarti (1986), diz que essa estratégia é capaz de gerar integração do cuidado especializado com o cuidado holístico, evitando o reducionismo e a ideia de fragmentação da visão especializada.

Casto e Júlia (1994), em uma avaliação da educação interprofissional defende que os profissionais que estão envolvidos aumentam e desenvolvem a capacidade de lidar com os problemas. Barr (1998) afirma que existe o fortalecimento na troca de conhecimentos, pois os profissionais aprendem de forma conjunta sobre o trabalho coletivo e sobre as especificidades de cada um, o que gera uma melhoria na qualidade ao cuidado com as pessoas.

## ○ Bases de dados Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS)

Após a realização da categorização a partir dos dados obtidos do grupo focal, a base de dados SIGRAS reforça a ideia da possível implementação da interprofissionalidade, visto que, conforme os dados apresentados a seguir, existem muitas instituições com cursos de graduação na área da saúde. Isso ressalta a possibilidade de faculdades criarem estratégias que visem o trabalho em equipe.

Para se conhecer as possibilidades de fortalecimento do trabalho interprofissional em saúde, é essencial conhecermos a realidade dos cursos de graduação na área de saúde. Tomando conhecimento deste fato, pode-se visualizar um panorama das graduações, públicas e privadas, e repensar nas condutas de trabalho em equipe e parcerias criadas entre instituições de ensino e instituições prestadoras de serviços de saúde.

Existe um total de 1.107 instituições brasileiras com graduações em diversas áreas, como Biomedicina (212), Ciências Biológicas (403), Educação Física (537), Enfermagem (689), Farmácia (364), Fisioterapia (446), Fonoaudiologia (79), Medicina (213), Medicina Veterinária (182), Nutrição (325), Odontologia (203), Psicologia (427), Saúde Coletiva (12), Serviço Social (335) e Terapia Ocupacional (53), como mostra tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das Graduações, de acordo com o número de Instituições, no ano de 2014.

GRADUAÇÃO	Nº DE INSTITUIÇÕES	%
Biomedicina	212	4.73
Ciências Biológicas	403	9.0
Educação Física	537	11.99
Enfermagem	689	15.38

Farmácia	364	8.13
Fisioterapia	446	9.96
Fonoaudiologia	79	1.76
Medicina	213	4.75
Medicina Veterinária	182	4.06
Nutrição	325	7.25
Odontologia	203	4.53
Psicologia	427	9.53
Saúde Coletiva	12	0.27
Serviço Social	335	7.48
Terapia Ocupacional	53	1.18
<b>Total</b>	<b>4.480</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ 2014.

Os dados do SIGRAS deixam evidente que existem muitas instituições que formam profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, biólogos, biomédicos, médicos, entre outras profissões, no qual trabalham diretamente com o público.

Nenhuma profissão cresce de maneira isolada, sem a existência do trabalho em grupo, pelo menos em algum momento durante o decorrer do curso de graduação existe a convivência com outros estudantes de áreas diferentes, seja pela matéria em comum, ou até mesmo em um desenvolvimento de trabalho científico.

O trabalho em equipe multidisciplinar, muitas das vezes, é incentivado por professores que enxergam a importância da existência desse tipo integração, onde muitos promovem o trabalho em equipe com a finalidade de preparar estes para melhor socialização, principalmente, quando atingirem o mercado de trabalho.

Dentre as instituições brasileiras a região que concentra mais universidades é a Sudeste com 478 faculdades, seguida do Nordeste com 261. A região Sul possui 168 universidades e a região Centro Oeste 105. A região com o número mais baixo de instituições é o Norte com 98, como mostra na tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição das instituições de acordo com as grandes regiões no ano de 2014.

REGIÃO	Nº DE INSTITUIÇÕES	%
Sudeste	478	43.18
Nordeste	261	23.58
Sul	165	14.91
Centro Oeste	105	9.49
Norte	98	8.85
<b>Total</b>	<b>1.107</b>	<b>100</b>

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ 2014.

Fica claro que a região Sudeste (80,35 milhões de habitantes), possui maior número de instituições, devido ao fato de ser a região mais populosa e ser bastante desenvolvida industrialmente e economicamente, o que é um importante fator para a crescente urbanização e concentração da população, o que chama a atenção para os aqueles que desejam estudar e trabalhar. O Nordeste (53,59 milhões de habitantes) fica em segundo lugar como a região mais populosa, o que também, possivelmente, explica o segundo lugar de região com maior número de instituições (IBGE, 2010).

Na tabela 3 temos as instituições brasileiras, conforme as dependências administrativas, sendo que, as universidades privadas (922), são predominantes no Brasil, seguidas por universidades federais (96), municipais (48) e estaduais (41).

**Tabela 3.** Distribuição das instituições conforme a dependência administrativa no ano de 2014.

DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	Nº DE INSTITUIÇÕES	%
Estadual	41	3.7
Federal	96	8.67
Municipal	48	4.34
Privada	922	83.29
<b>Total</b>	<b>1.107</b>	<b>100</b>

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ 2014.

Com base nos dados apresentados do SIGRAS as universidades de âmbito particular se sobrepõem em relação às universidades federais, estaduais e municipais. A procura pela formação superior vem crescendo cada vez mais, o que gera um mercado enriquecedor que deve acompanhar a procura e a demanda dos estudantes, pois a busca do conhecimento e de uma vida melhor é o objetivo de muitos.

A partir da criação de diversas políticas públicas foi possível reduzir as desigualdades sociais, como por exemplo, a ampliação de vagas, a interiorização, o fortalecimento da educação tecnológica, a criação de programas de financiamento estudantis, o estudo à distância, políticas de inclusão. Todas essas facilidades fizeram com que o número de estudantes crescesse em nosso país, contribuindo para que estudantes consigam ter um diploma de curso superior.

A partir da tabela 4 é possível notar que as instituições brasileiras se concentram mais nos interiores das unidades federativas do que nos grandes centros urbanos.

**Tabela 4.** Distribuição de instituições conforme a localização no ano de 2014

LOCALIZAÇÃO	Nº DE INSTITUIÇÕES	%
Capital	380	34.33
Interior	727	65.67
<b>Total</b>	<b>1.107</b>	<b>100</b>

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ 2014.

Uma possível explicação para que os interiores detenham 347 instituições a mais em relação às capitais, é devido a maior concentração de populações em interiores do que nos maiores centros urbanos. Dados do IBGE demonstram que as regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste, Sul possuem a população do interior maior comparadas com as populações das capitais.

Em um país como o Brasil, seria importante que a educação superior promovesse não só o conhecimento, mas também o crescimento econômico, com o intuito de reduzir as desigualdades sociais com a ajuda de profissionais críticos e capacitados para atuarem nesta transformação. Logo é necessária a reformulação curricular, iniciando pela participação de um núcleo comum de conteúdos que poderiam ser compartilhados com todas as áreas de formações. Então, não basta apenas formar profissionais em grande escala, que são habilitados para desenvolver trabalhos específicos, mas também prepará-los para

atuarem em contextos sociais (CORBUCCI, 2007).

## ○ Considerações finais

A Educação Interprofissional em Saúde ainda é um ramo novo em nosso país onde a implantação dessa forma de estudo está sendo introduzida com cautela, mas são evidentes as contribuições positivas, relevantes e bastante promissoras para o desenvolvimento do trabalho coletivo em busca de melhorias e qualidade na saúde para a população. É uma forma de trabalho em equipe de maneira integrada e colaborativa que une profissionais de formações diferentes em busca de um propósito importante: melhorar as respostas dos serviços conforme for à necessidade e qualificar a atenção à saúde.

A partir da realização do grupo focal, foi possível observar que estudantes e profissionais passam por um processo de construção de aprendizado e de ideias, feito que as discussões possibilitaram um trabalho de forma coletiva e interprofissional, gerando a convivência um com o outro, de forma que a proximidade permite aumentar os conhecimentos e trocas de ideias. As ideias de cada participante complementaram cada ponto principal da discussão do grupo focal. A importância da socialização, da troca de ideias, e do respeito com ideias diferentes fizeram com que o grupo focal fosse instrumento enriquecedor e inovador para todos, no qual todos agregaram ideias e aprenderam sobre a realização de um trabalho em equipe, permitindo assim que conseguíssemos visualizar a importância da educação interprofissional em saúde em nosso cotidiano.

Os dados obtidos através do SIGRAS concretizaram a ideia da educação em saúde, mostrando um panorama amplo de instituições que oferecem cursos voltados para a saúde, o que motiva a pensar que a implantação da educação interdisciplinar pode ser mais fácil do que se imagina, podendo atingir uma gama de profissionais que vão aprender e entender como realizar um trabalho em grupo, visando sempre mais conhecimento e mais envolvimento nas questões de saúde e bem-estar do público-alvo a partir da troca de ideias e formas diferentes de trabalhar.

## ○ Recomendações

- É importante que as faculdades incluam em suas grades curriculares programas e projetos cujo objetivo principal seja a formação interprofissional, visando agregar ideias e integração social;
- Criar didáticas com o envolvimento de profissionais ou até mesmo de alunos de diferentes cursos de graduação com o intuito de ga-

rantir a troca de conhecimentos e o desenvolvimento das relações interpessoais;

- Utilizar métodos de ensino no quais os participantes possam expressar suas opiniões, ao longo de sua graduação e desenvolver habilidades que favoreçam o aprimoramento da educação interprofissional em saúde, contribuindo diretamente para a resolução de problemas no campo da saúde coletiva.

## ○ Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARR, H. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review**. Higher Education Academy, Healthy Sciences and Practice Network, Londres, 2005.

BARR, H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**. Londres, v. 12, n. 2, p. 181-188, 1998.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, v. 2, jan. 2012.

CAMPOS C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-4, set-out 2004.

CARPENTER, J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. **Medical Education**, Oxford, n. 29, p. 265-272, 1995.

CASTRO, R. M.; JULIA, M. C. **Interprofessional care and collaborative practice**. Pacific Grove: Brooks/ Cole Publishing Company, 1994.

COIMBRA, J. Á. A. Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus, 2000, p. 52-70.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE. E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. **Journal of Interprofessional Care**. London, v. 19, n. 5, p. 492-508, 2005.

CORBUCCI, P. R. **Desafios da Educação superior e desenvolvimento no Brasil**.

Brasília, julho, 2007. <Disponível em [www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1287.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1287.pdf)> Acesso em: 23.junho.2016.

GIBBONS, M. et al; LIMOGES. C.; NOWOTNY, H.; SCHWARTZMAN, S.; SCOTT, P.; TROW, M. **La nueva producción del conocimiento: la dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas.** Barcelona, Ediciones Pomares – Corredor S.A, 1997.

FRANCO, M. L. P. B. **O que é análise de conteúdo.** PUC, São Paulo, v. 7, p. 1-31, 1986.

FRENCK, J; CHEN, L; BHUTTA, Z. A; CRISP, N; EVANS, T; FINEBERG, H.; et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet.** v. 376, n. 9756, p. 1923-57, 2010.

GYAMARTI, G. The teaching of the professions: an interdisciplinary approach. **Higher Education Review**, Oxford, v. 18, n. 2, p. 33-43, 1986.

LIMA, A. C. S.; AZEVEDO C.B. A interdisciplinaridade no Brasil e o ensino de história: um diálogo possível. **Revista Educação e Linguagens**, Campo Mourão, v. 2, n. 3, jul-dez, 2013.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **SAÚDE SOC**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-13, mai-ago, 2004.

MENEDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: Alves P, Rabelo MC, organizadores. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998, p. 248.

MEYER. D. E. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-42, jun. 2006.

NETO, M. V. M.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015.

OLABUENAGA, J. I. R.; ISPIZUA, M. A. **La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa.** Bilbao, Universidad de deusto, 1989.

OLIVEIRA, E. R. A et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de**

**Pesquisa em Saúde.** v. 13, n. 4, p. 28-34. 2011.

PEDUZZI, M.; et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

SCHALL, V. T & STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, 1999.

OMS; OPAS; MS; UERJ. SIGRAS. **Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde.** Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php>>. Acesso: em 28.out.2015.

THIESEN, J. S. A Interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, set-dez, 2008.

UNIFESP. **O projeto pedagógico do Campus Baixada Santista.** Disponível em: <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>. Acesso em: 26.out. 2015.

WHO. World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice** [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2010 [cited 2015 oct 26]. Disponível em : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1). Acesso em: 20.mai.2016.

# A interdisciplinaridade como ferramenta para a construção de saberes coletivos: uma experiência de estágio

07

**Jhulyane Cristine da Cunha Nunes**  
**George Coêlho dos Reis Júnior**  
**Kyvia Naysis de Araújo Santos**

## ○ Introdução

As discussões sobre Educação Permanente e os Recursos Humanos na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados para o aprendizado coletivo dentro dos cursos da área da saúde das instituições de ensino superior brasileiras, ainda são muito deficientes, pois, geralmente, os cursos de graduação possuem uma formação voltada para produção de habilidades técnicas, científicas e curativas, com forte influência do modelo biomédico. Consequentemente, muitos discentes não são instruídos a compartilhar experiências em grupos com acadêmicos de outras formações e, na maioria das vezes, encontram barreiras quando ingressam no mercado de trabalho ao precisarem desenvolver atividades em equipes multiprofissionais.

Posto que durante muitas décadas profissionais como médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, entre outros trabalhadores da saúde, tiveram como principal âmbito de trabalho apenas clínicas, ambulatórios ou hospitais, onde comumente eram locais fechados e delimitados, nos quais cada profissional exercia seu trabalho individualmente, com base fundamental no domínio técnico-científico. Observa-se que, literalmente, o modo de trabalho de muitos destes profissionais tornou-se “fechado e delimitado”, também.

Corroborando com os parágrafos anteriores, Ceccim e Feuerwerker (2004) debatem que a formação para a área da saúde deve priorizar a transformação das práticas profissionais, incluindo a própria organização do trabalho, possibilitando uma problematização do seu processo, fortalecendo a capacidade de dar acolhimento e cuidado às múltiplas dimensões e necessidades de saúde das pessoas, coletivos e populações. A atualização técnico-científica, bem como diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das

doenças e agravos, não devem ser o foco central nem a única forma de referência para a formação, mas sim um dos aspectos da qualificação das práticas.

É necessário criar condições de atendimento que considerem às necessidades de saúde das pessoas e das populações, que incluam a gestão setorial e do controle social em saúde, ao dimensionar uma nova forma de desenvolvimento da autonomia das pessoas, que incluam condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Assim como a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), que tem como estratégia do SUS a modificação da formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, objetivando articular e estimular a transformação das práticas de educação na saúde, tanto quanto das instituições de ensino, atendendo as diretrizes curriculares nacionais para o agrupamento dos cursos da área da saúde e, dessa forma, a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola. O Ministério da Saúde tem formulado políticas visando mudanças nas formas de se produzir saúde, além de transformação nos processos de trabalho de seus atuais e futuros profissionais (BRASIL, 2004).

Essas mudanças confrontam o predomínio do modelo biomédico na formação dos profissionais da saúde, ainda perceptível, porém em processo de desconstrução por meio das novas formas de atuação na saúde pública. A interdisciplinaridade veio como ferramenta para tal remodelagem, já que propõe a troca de reciprocidade entre as disciplinas, ciências ou áreas do conhecimento, a fim de gerar meios mais eficazes e globais, enxergando o usuário em seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais. Thiesen (2008) afirma que a interdisciplinaridade, enquanto movimento contemporâneo, se manifesta na perspectiva de interação e de integração das ciências e do conhecimento, buscando romper com o caráter de excessiva especialização, ou seja, com a fragmentação dos saberes.

Neste sentido, de contínua construção de saberes e fazeres este capítulo trata das experiências de Estágio Profissional, de acadêmicos dos cursos de Psicologia com ênfase em Saúde Coletiva e de Fisioterapia Comunitária da Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Ministro Reis Velloso (UFPI-CMRV), na cidade de Parnaíba-PI durante o primeiro semestre do ano de 2015. Tal vivência foi realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da referida cidade.

Deste modo, o presente relato visa fortalecer a desconstrução do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde e ascender a importância da troca de experiências entre acadêmicos, por meio da interdisciplinaridade. Visto que tal experiência de estágio interdisciplinar entre os acadêmicos de Psicologia e Fisioterapia foi algo inovador para ambos os cursos, pois propiciou pela

primeira vez que os estagiários pudessem desempenhar atividades em conjunto, com o propósito de promover o cuidado e a prevenção de danos e agravos à saúde para com os usuários do território sob responsabilidade da equipe do NASF, além de permitir aos discentes poderem observar/vivenciar na prática o funcionamento de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas.

## ○ A interdisciplinariedade e sua contribuição na formação acadêmica

Segue o descortinado de experiências e o processo de ressignificação e sentidos despertados, uma vez que a interdisciplinaridade possibilitou aprendizado, ações e reflexões críticas sobre a atuação/fazer enquanto profissionais. Acredita-se que a relevância da descrição dessa experiência se dá no momento em que se permite visualizar novas práticas e a partir delas refletir sobre a possibilidade de aperfeiçoá-las.

Este trabalho foi produzido a partir da disciplina Estágio Profissional I com ênfase em Saúde Coletiva, dos cursos de Psicologia e Fisioterapia da UFPI-CMRV, de janeiro a junho de 2015, tendo em seu corpo o relato da experiência da atividade de estágio juntamente aos profissionais do NASF e sua população adscrita.

A realização das atividades para os estagiários de Psicologia ocorreu no período de seis meses, com dois encontros semanais e duração de três horas cada. As experiências eram relatadas em diários de campos e, posteriormente, discutidas em supervisão, constituída por mais quatro horas semanais. Já para os estagiários de Fisioterapia, o período de convivência com a interdisciplinaridade se desenvolveu durante um mês, com os mesmos dois encontros semanais de três horas cada e, depois destes, uma hora de discussão sobre saúde coletiva e o estágio.

A narrativa a seguir foi extraída de um diário de campo escrito por um dos discentes de Psicologia, o relato foi realizado no dia 12 de março de 2015 e apresenta os anseios e afetações iniciais no primeiro dia de estágio interdisciplinar.

O sentimento de ansiedade por não conhecer o novo ambiente ao qual eu iria estagiar, esteve presente nos meus primeiros minutos de estágio. Inicialmente os grupos presentes ali no pátio da catequese da Igreja do bairro São José estavam separados, porém as pessoas que constituíam cada grupo estavam integradas entre elas, talvez porque algumas delas não se conheciam não houve uma vinculação a priori.

Como os estagiários de Fisioterapia iriam promover uma atividade direcionada aos idosos, o restante das pessoas no local observava as informações que eles passavam, com uma apresentação didática e dinâmica os

estagiários conseguiram integrar as pessoas presentes ali, fiquei animada ao ver o pessoal interagindo.

Depois das atividades com os usuários terem sido finalizadas, foi realizada uma dinâmica chamada 'teia', ela foi conduzida entre os estagiários de Psicologia, Fisioterapia, junto aos Agentes Comunitários de Saúde e o pessoal do NASF, essa dinâmica foi concretizada no intuito de fomentar uma apresentação e exposição das aspirações dessas pessoas e que agora será um grupo maior trabalhando junto pela comunidade.

Posteriormente, refletindo sobre aquele momento, me dei conta de o que o estágio vai ter disso mesmo, o conhecimento do novo, novas pessoas, histórias, trabalho em grupo e todos em busca da interdisciplinaridade que tanto falamos na teoria (principalmente na saúde coletiva), mas que poucas vezes conhecemos na prática, além de deixar bons frutos para a comunidade em especial.

Durante tal período, os estagiários puderam entender na prática como as atividades de saúde pública funcionavam diante de complexidades abordadas apenas em tese na sala de aula. A participação dos ACS foi fundamental para desenvolver a interdisciplinaridade em sua forma mais eficaz. Por meio deles, que estão em contato direto e descentralizado com a população, a seleção de usuários que seriam contemplados fora possível. Além disso, esclareceram dúvidas e relataram os perfis de tais usuários, como dificuldades de atendimento, possíveis obstáculos que seriam encontrados e suas rotinas.

A interdisciplinaridade já se mostrava antes mesmo de tomarmos consciência dela. A via dupla de troca de informações e experiências com os ACS, supervisores, estagiários e profissionais do NASF floresceu o espírito de colaboração e contribuição. Seria um período não só de estágio obrigatório, mas também de crescimento humano individual e coletivo. Presenciar e participar das mazelas sociais, dificuldades e conseguir enxergar o usuário, além da área de conhecimento desenvolvida na graduação de cada estagiário, despertou e/ou aumentou a capacidade de empatia, de entender, fora de um contexto imaginário, que não somos sozinhos, que o contexto social tem relevância imensa e que somos além de corpo ou mente. O bem estar biopsicossocial finalmente ganhou sentido válido. E, a partir disso, as atividades de estágio eram desenvolvidas com mais sensibilidade e compromisso.

Alguns estudos mostram isso de forma teórica. Couto, Schimith e Dalbello-Araujo (2013) afirmam que a interdisciplinaridade promove uma integração de saberes entre diversos profissionais, objetivando assistência integral e resolução das necessidades do ser humano, ao passo que cada profissão isolada não abrange os aspectos físicos e sociais de cada indivíduo. Já Thiesen (2008)

define que a interdisciplinaridade está situada num âmbito na qual se pensa a possibilidade de superar a fragmentação das ciências e dos conhecimentos produzidos por elas e onde simultaneamente se exprime a resistência sobre um saber parcelado, ela será efetivamente uma alternativa à abordagem disciplinar normalizadora, quer no ensino ou na pesquisa, dos muitos objetos de estudo.

O autor referenciado anteriormente também afirma que a interdisciplinaridade é um movimento importante de articulação entre o ensinar e o aprender, pois ela compreende uma formulação teórica e, enquanto atitude, tem a capacidade de amparar os educadores e os estabelecimentos de ensino na resignificação do trabalho pedagógico, tanto em termos de currículo, como de métodos, de conteúdo, de avaliação e também nas estratégias de ordenação dos ambientes para a aprendizagem (THIESEN, 2008).

Ainda sobre o processamento de elaboração coletiva de saberes entre os discentes no estágio interdisciplinar, o trabalho em grupo com os profissionais do NASF constituído por um Psicólogo, um Fisioterapeuta e um Educador Físico, serviu como exemplo real da prática dentro de uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Dentre as diretrizes do NASF, a organização dos processos de trabalho da equipe, deve ter permanentemente como foco o território sob sua responsabilidade, com prioridade para o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com intercâmbio de saberes, capacitação, responsabilidades mútuas, suscitando experiência para todos os profissionais implicados, por meio de amplas metodologias, como, por exemplo, o estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010).

## **○ A construção de saberes e fazeres: um novo olhar**

Inicialmente faz-se necessária uma breve contextualização do procedimento histórico de implantação das profissões de Fisioterapia e Psicologia no cenário brasileiro, para que seja possível uma melhor compreensão da forma como essas duas áreas se consolidaram, diante das mudanças na formação em saúde no decorrer dos anos. Em consonância também será discutido o modo como esses dois cursos são ofertados pelo ensino em saúde da UFPI-CMRV e a forma como o estágio interdisciplinar entre as duas áreas propiciou um intercâmbio de saberes entre os estagiários.

A Fisioterapia surgiu no país na primeira metade do século XX, o escopo para sua criação foi o grande número de pessoas com sequelas da poliomielite com distúrbios do aparelho locomotor, bem como o crescente aumento de acidentes de trabalho. Todavia, a profissão é considerada recente, com menos

de cinquenta anos de regulamentação. A formação da Fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu no ano de 1969, em momento turbulento da sociedade brasileira, na qual o setor saúde passava por uma forte crise e com severas implicações para a população. A ampliação do número de cursos de graduação aconteceu de forma desregulada, sem planejamento, suscitando uma formação em grande escala (BISPO-JÚNIOR, 2009).

Já a Psicologia tem mais de 50 anos de regulamentação no Brasil e chegou a um patamar possivelmente inimaginável para os pioneiros. O passado permitiu que inúmeras conquistas se concretizassem, entretanto, os atuais cursos de graduação na área ainda muito se assemelham ao modelo estabelecido pelos primórdios, uma vez que não atendem as demandas atuais e não capacitam os profissionais para serem os agentes de transformação que o país tanto precisa e que estimulem o compromisso social, a transformação e a libertação (LISBOA; BARBOSA, 2009).

As instituições de ensino superior devem possibilitar meios adequados para uma formação de profissionais que sejam fundamentais para um melhor alcance e desenvolvimento do SUS, permeáveis o bastante ao controle social e que manifestem qualidade e relevância social coesos com os valores de efetivação da reforma sanitária brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, publicou um documento intitulado "Learning Together to Work Together for Health", o qual explica o termo "Educação multiprofissional" como uma garantia de que vários profissionais de saúde consigam trabalhar unidos para suprir as necessidades das pessoas, sem perder a própria identidade da profissão. Para isso, é necessário que haja uma modificação na forma de ensino durante a graduação. Um exemplo seria que estudantes de diferentes profissões cursassem juntos disciplinas em comum, permitindo uma integração no aprendizado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988).

Analisando os fatores que moldam o modelo biomédico dentro das universidades, temos a estrutura curricular como principal influenciadora do norteamento de formação profissional. No curso de Fisioterapia da UFPI-CMRV, consta-se apenas três disciplinas, em tese, voltada a saúde coletiva, sendo elas "Fisioterapia Comunitária e Saúde da Família", "Epidemiologia" e "Saúde pública". Outras disciplinas comuns a formação, abrangem conhecimentos de outras áreas, como Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Administração, entretanto, são disciplinas pouco abordadas segundo a visão interdisciplinar - disciplinas estas pertencentes a estrutura curricular anterior à reformulação ocorrida em 2015. Apesar de durante a graduação haver visitas às unidades atuantes do SUS, elas

eram apenas visitas de observação, ocorrendo de forma rápida e única. Além disso, há a experiência de estágio obrigatório, com duração de um mês, atuando diretamente na comunidade. No ano de 2015, houve a primeira experiência interdisciplinar dos estagiários com acadêmicos da mesma universidade (UFPI-CMRV) e de cursos diferentes (Psicologia e Fisioterapia), sendo talvez momento único registrado em ambos os cursos do *Campus* até o ano presente. Eis que surge finalmente a máxima da experiência em saúde coletiva para estagiários: atuar de forma conjunta em prol da comunidade.

O curso de Fisioterapia da UFPI na cidade de Parnaíba-PI teve início das atividades no primeiro semestre de 2007, com o ingresso de 50 alunos. Com a reformulação curricular, ocorrida em 2015 para atender às exigências das Diretrizes Curriculares, houve acréscimo de carga horária e de poucas mudanças específicas à saúde coletiva. A fisioterapia tem por objetivo desenvolver, manter e restaurar a capacidade funcional do indivíduo, considerando a prevenção, promoção e tratamento em saúde. O profissional fisioterapeuta deve entender o ser humano como um ser biopsicossocial e estar apto a trabalhar de modo interdisciplinar.

A fisioterapia precisa modificar seu objeto de intervenção, para que a sua atuação seja capaz de transformar as necessidades coletivas, se aproximando do campo da promoção, bem como da saúde e do movimento da saúde coletiva, incluindo também suas competências concernentes à reabilitação. As mudanças mais densas, de origem epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta serão desenvolvidas através do redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional (BISPO-JÚNIOR, 2009).

O curso de Psicologia da UFPI-CMRV é relativamente novo, pois no ano de 2016 completou uma década de existência, o projeto pedagógico dele sofre atualmente por algumas reformulações, após muitas reivindicações da maioria de seus discentes, que estavam insatisfeitos com tal grade curricular. A principal queixa se deve ao fato dos alunos terem de escolher no 7º período a uma ênfase que se restringe apenas às áreas da Clínica e da Saúde Coletiva, sendo que do início do curso até o período de escolha da ênfase os alunos têm acesso a algumas disciplinas como Técnicas De Exame Psicológico, Processos Psicológicos Básicos, Fundamentos Da Clínica Psicológica, entre outras matérias voltadas principalmente para prática do Psicólogo no setting terapêutico. Em contrapartida, apenas no 5º período os universitários têm aproximação com duas disciplinas voltadas para a educação permanente em saúde, que são as matérias de "Saúde Mental" e "Psicologia Comunitária".

Para os acadêmicos que optam pela ênfase em Saúde Coletiva, o processo de formação é direcionado para o ensino em saúde do SUS, por meio de dis-

ciplinas como Fundamentos Da Clínica Em Saúde Coletiva, Estágio Profissional Em Psicologia I/Saúde Coletiva, Tópicos Sobre Psicologia Na Contemporaneidade - A Clínica Ampliada, Teoria E Técnica Psicoterápicas III/ Saúde Mental Coletiva, Estágio Profissional Em Psicologia II/Saúde Coletiva e por último Estágio Profissional Em Psicologia III/Saúde Coletiva.

Segundo Martins, Matos e Maciel (2009) as nuances dessa profissão foram sendo estabelecidas, não como uma resposta aos problemas sociais dos diferentes períodos históricos, porém, em sua maioria, por necessidades de diferenciação profissional e delimitação de áreas de atuação. A formação generalista surgiu como proposta de rejeição à forte hegemonia da clínica, isto é, ao formato limitado de atuação profissional. Foram criados espaços para a inserção de outras disciplinas de produção de conhecimento e em alguns cursos de Psicologia tornaram-se obrigatórios estágios nas três grandes áreas: clínica, educacional e organizacional, porém mesmo assim percebe-se a necessidade de uma formação que não seja excludente, e sim transformadora e que forneça aos seus acadêmicos as experiências dos diferentes e vastos fazeres na Psicologia a que incluem, por exemplo, a prática na saúde pública.

A formação acadêmica da UFPI é moderna para os moldes pedagógicos da Psicologia brasileira, uma vez que ela oferece uma educação para além da prática no ambiente clínico. E, entretanto, concomitantemente, esse ensino inovador também é restritivo e limitador, ao não oferecer ao seu discente que escolhe a ênfase clínica à mesma oportunidade de um diálogo interdisciplinar com acadêmicos de outras áreas, como foi possível para os estudantes que escolheram a ênfase em saúde coletiva.

Em virtude do que foi explanado ao longo deste tópico, é perceptível que tanto o curso de Fisioterapia como o de Psicologia no âmbito nacional possuem sua regulamentação recente e os dois cursos estão passando por reformulações na grade curricular da UFPI. Com relação ao estágio interdisciplinar entre as duas áreas, conclui-se que, além de talvez ter sido a primeira experiência de estágio nessa modalidade para a Fisioterapia e a Psicologia de tal universidade, ele também propiciou uma construção coletiva de saberes entre os estagiários.

## ○ Considerações finais

Apesar da evolução nos processos pedagógicos de muitos cursos na área da saúde em âmbito nacional, principalmente em decorrência de práticas libertadoras de ensino e também em consonância com algumas políticas, decretos e leis interministeriais que abordem ou tenham como foco a formação e o desenvolvimento de estudos e recursos humanos para a saúde, percebe-se

que ainda existe uma preponderância do modelo biomédico na educação de muitas instituições de ensino superior, uma vez que esse modelo tem como vertente a prática individualista, curativa, biológica, sem considerar os aspectos sociais e culturais no processo saúde-doença dos indivíduos, o que impossibilita uma troca de saberes e a construção de conhecimentos coletivos, tanto entre os profissionais, como entre os discentes em formação, nesse sentido, evidencia-se a importância da interdisciplinaridade como uma ferramenta de rompimento e desconstrução dos paradigmas biomédicos.

Esse estágio interdisciplinar pode ser considerado um experimento positivo, pois, além de possibilitar um enriquecimento profissional ele proporcionou crescimento, aprendizado, além de empatia aos estudantes que afirmaram apropriar-se deste novo saber. Fazendo uma comparação com o modelo de educação em que a maioria dos cursos superiores possui, percebe-se uma necessidade destes de investimentos de estágios que possibilitem a oportunidade de vivenciar essas novas trocas de conhecimento entre discentes de diferentes cursos.

A experiência contribuiu para o enriquecimento e o amadurecimento profissional dos estagiários, que confirmaram a importância e a necessidade da implantação de meios na graduação dos profissionais da saúde para gerar maior visibilidade à saúde pública e de suas práticas, desconstruindo assim o modelo biomédico, principalmente porque a maioria dos acadêmicos que se formam têm maior probabilidade pela busca de concursos públicos, onde presenciarão de tais práticas. Nisto, a interdisciplinaridade está presente e deveria ser expandida a toda e qualquer área que atua em prol da promoção de qualidade de vida.

Nessa experiência de estágio interdisciplinar foi possível observar os efeitos positivos das trocas de conhecimentos entre os acadêmicos de Psicologia e Fisioterapia, afirmando ser a primeira vez que compartilhavam esta nova vivência, que até então, segundo alguns discentes, só eram visualizadas em equipes multiprofissionais de dispositivos de saúde.

## Referências

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde

como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes) > Acesso em: 02 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 27).

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 1(2004), p. 41-65, 2004.

COUTO, L. L. M; SCHIMITH, P. B; DALBELLO-ARAUJO, M. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013.

LISBOA, F. S; BARBOSA, A. J. G. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009.

MARTINS, K. P. H; MATOS, T. G. R; MACIEL, R. H. M. O. Formação em psicologia e as novas demandas sociais: relato dos egressos da Universidade de Fortaleza. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 9, n. 3, p. 1023-1042, 2009.

SOUTO, T. S; BATISTA, S. H; ALVES BATISTA, N. A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 32-45, mar. 2014.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, v. 13, n. 39, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Learning together to work together for health: Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: The team approach. **Technical report series**. 769, 1-72. Geneva: World Health Organization (1988).

# Formação e prática interprofissional para a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no Estado do Rio Grande do Sul

08

*Bruna Campos De Cesaro  
Helen Barbosa dos Santos*

## ○ Introdução

Este ensaio visa relatar criticamente a experiência da implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no Rio Grande do Sul entre os anos de 2013 a 2015, onde viabilizou-se processos de implantação de políticas públicas que primam pela indissociabilidade entre práticas de cogestão enquanto modos de fazer saúde e o processo de educação permanente, baseado na interdisciplinaridade, ultrapassando os limites das organizações multiprofissionais em que não há interlocução entre as disciplinas e integração dos saberes. Distintos atores sociais como, gestores de saúde, profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde e residentes vivenciaram espaços de sensibilização e formação que perpassaram o âmbito da saúde coletiva, dos estudos de gênero, em especial das masculinidades e saúde a fim de que pudessem construir coletivamente, de acordo com as demandas de saúde loco regionais dos homens de seu município e região de saúde, projetos pilotos de implantação da saúde do homem, no contexto da atenção básica em saúde.

Assim, a aprendizagem em contextos de práticas, como a interdisciplinaridade, o interprofissionalismo e a integração ensino-serviço, visam transformar a formação profissional a fim de atender a complexidade do Sistema Único de Saúde. Neste contexto é necessário o debate sobre a mudança na formação e a formulação de diretrizes curriculares, interlocução de professores e estudantes de graduação, gestores desse setor nas políticas públicas, serviços de saúde e representantes da sociedade. Contudo, há ainda o vazio de formação que tenha em vista a interdisciplinaridade e a presença de associações profissionais que buscam na educação preservar a lógica da especialização corporativa e a reserva de mercado, anulando o processo político e social da saúde, defendendo a vigência de

um conceito de trabalho que não reconhece grande protagonismo aos trabalhadores (CECCIM; FERLA, 2008). Neste sentido, devemos considerar a importância de iniciativas de cogestão que fomentem uma formação interprofissional para um agir em saúde baseado no acolhimento e humanização do cuidado, pressupostos que nem sempre fazem parte do processo do tornar-se profissional de saúde.

## ○ **Problematizando o binarismo de gênero nos Modelos Médico Hegemônicos**

Segundo Scott (1990) as políticas públicas são materializadas no terreno de gênero. Estudos como de Meyer (2004), Scott (1990), Carrara (2005, 2009), Medeiros (2008), demonstram compartimentalizações identitárias presentes nas políticas públicas em saúde, que destituem pluralidades nas formas de vivenciar o corpo e no processo de saúde-doença, compartimentalizações que se emaranham nas atuações profissionais. Judith Butler (2008), afirma que não há sexo que não seja já desde sempre gênero. A partir da Analítica Queer, conforme Richard Miskolci (2009) critica-se discursos hegemônicos, repensando a noção dos sujeitos sexuais como estáveis para focar nos processos classificatórios, hierarquizadores. Todos os corpos são generificados desde o começo de sua existência social (e não há existência que não seja a social); significa que não há “corpo natural” preexistindo à sua inscrição cultural. Isso aponta para a conclusão de que gênero não é algo que alguém é, é algo que alguém faz em ato, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um “fazer” em vez de um “ser”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009 no Brasil (BRASIL, 2009a), calca a saúde do corpo social masculino, com enfoque em grande parte o atendimento do profissional urologista e no câncer de próstata. Percebe-se, a partir do espaço de gestão das políticas de saúde, que incorporar a interseccionalidade de gênero problematizando o binômio homem-mulher é algo que envolve diferentes relações de poder entre distintos atores, num contexto em que a emergência destas políticas justifica-se nessa lógica. A focalização no câncer de próstata e na urologia pode ser representado pela integralidade capturada, descrita por Merhy (2005), modelos de praticar a produção do cuidado em saúde tradicionais, corporativo centrados, modos de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões - que podemos chamar de Modelos Médico Hegemônicos, pela força representativa que esta categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde têm tido a força de capturar várias categorias analíticas. Luiz Bastos e Eduardo Faerstein (2012), ao tratar das relações entre desigualdade e saúde, afirmam que a iniquidade na atenção à saúde constitui uma questão relevante com a qual todos profissionais, gestores e acadêmicos devem lidar.

No momento em que a dimensão de gênero é incorporada como parte das políticas de saúde, as diferenças das condições de saúde não são resultantes, exclusivamente, da diferença biológica entre homens e mulheres, a dimensão social dos processos de adoecimento entra em cena. Ademais, temos as pessoas que se enquadram no avesso da norma, em que os modos normalizados de viver a sexualidade no contemporâneo são questionados, como travestis e transexuais, lésbicas e homossexuais, uma série de violências cotidianas, o caráter marginal que essas formas de expressão de sexualidade possuem no social é visível. Assim, o conceito de abjeção é utilizado para visibilizar os "corpos que (não) importam" e da relação entre esses e o Estado enquanto formulador de estratégias políticas de governo das populações.

Sobre "os corpos que importam para o Estado", Dagmar Meyer (2004), Kátia Souto (2009) e Fabiola Rohden (2002) ressaltam que a díade mulher-mãe ocupa o eixo central nas políticas de saúde voltadas ao corpo feminino, mulher-mãe; já, quando se trata do homem, temos o falocentrismo (ROHDEN, 2014). "Se o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica" (FOUCAULT, 1989, p. 47), nesta direção, ao suspender os discursos que sustentam o terreno das políticas voltadas aos corpos generificados no binômio homem-mulher, buscou-se colocar as formações discursivas em circulação. O biopoder, operador conceitual cunhado por Foucault (1999), não se preocupa somente com o indivíduo, mas lida com uma população que é um problema político, biológico, científico e, concomitantemente, um problema de governo. Neste sentido, a biopolítica designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certos conjuntos disciplinares, mas o conjunto das pessoas administradas como população. A população será governada por meio da gestão da saúde, da higiene, da alimentação e da sexualidade, na medida em que se tornam preocupações políticas (REVEL, 2005).

Ao que a literatura indica, os homens passaram a ser objeto de atenção somente com o advento da PNAISH, ela constituiu um marco para a discussão da saúde masculina (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Emergida em 2009, impulsio-nada em grande parte pela Sociedade Brasileira de Urologia, instituída conforme Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009b), salienta os princípios e diretrizes da PNAISH (BRASIL, 2009a); parte destes são baseados em dados epidemiológicos, centralizando-se nos fatores de risco associados aos indicadores de morbimortalidade, em especial a neoplasia de próstata. Autores como Jorge Lyra, Mariana Azevedo e Benedito Medrado (2011) e Sérgio Carrara (2009) salientam a incipiência da PNAISH e seu contexto de criação, visto que os homens da faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade compreendem a alta prevalência de internação e de morte devido a causas externas, pautas a serem discutidas interdisciplinarmente. Enquanto um campo heterogêneo em disputa, somente em 2012 ações

integrals e interdisciplinares passaram a fazer parte desta política de atenção à saúde, apesar das tensões e das linhas de força que a constituíram.

## **O Incorporação da interprofissionalidade como ferramenta de implantação da Saúde do Homem no RS**

A fim de contextualizar este momento, partimos de 2011, ano em que a gestão federal da saúde modifica seu objeto de atenção, e passa a considerar as ações em saúde do homem pelas suas interseccionalidades: raça, cor, classe social, cultura, idade, a fim de entender o processo saúde-doença dessa população, a partir destas singularidades. Contudo, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), somente a partir do ano do ano 2013 passou a incluir a pluralidade das masculinidades e as interseccionalidades referentes a estas, enquanto uma dimensão epistemológica a ampliar o objeto técnico desta política. As estratégias adotadas na gestão Estadual da Política de Saúde do Homem, constituíram-se através da necessidade de elencar diretrizes e eixos condutores que subsidiassem o processo de implantação desta política. O Rio Grande do Sul instituiu uma resolução específica (Resolução 236 do ano de 2014 CIB-RS) com recurso financeiro estadual de incentivo aos municípios que implantaram ações desta política no contexto da Atenção Básica. Durante o período de janeiro de 2014 a janeiro de 2016, ao total, 108 municípios foram incluídos nesta Resolução. A partir de uma organização regionalizada e descentralizada realizada pelos diferentes atores que compõem o SUS, nos diferentes níveis, foi implementada a Política Estadual de Saúde do Homem no contexto da Atenção Básica em Saúde; iniciou-se a formação através de seminários temáticos e após debate do tema secretarias municipais partiram para a construção das propostas da política. A metodologia de trabalho utilizada primou por uma perspectiva dialógica da cogestão, da qual participaram profissionais de saúde estaduais, regionais e municipais, além dos gestores municipais, residentes dos serviços de saúde, estagiários e demais atores da rede, que, de forma articulada, pactuaram as ações contínuas em saúde do homem.

A inserção, juntamente com a coordenação estadual da Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Estadual em Saúde (DVST-CEVS), especificamente em reuniões de fóruns constituídos por sindicatos de trabalhadores, foi uma das estratégias adotadas a fim de contemplar a presença do controle social e, principalmente, de atores masculinos nesta discussão. A inclusão e o empoderamento desse dispositivo de representação de classe foi fundamental para difundir a pauta da Saúde do Homem. A integralidade e a universalidade do cuidado foram trabalhadas através da transversalidade da Saúde do Homem junto a outras políticas de saúde da secretaria estadual do RS como, a Saúde da População Prisional, Saúde do Trabalhador e a Saúde Indígena - articulação interinstitucional

necessária para a efetivação desta política, composta por servidores públicos, apoiadores institucionais e residentes da Escola de Saúde Pública.

No ano de 2014 a Secretaria Estadual de Saúde do RS realizou seminários interprofissionais como ferramenta formativa para os diferentes profissionais de saúde, a fim de efetivar a Implantação da Política Estadual de Saúde do Homem de forma descentralizada em todas as nove Macrorregionais de Saúde do estado. Esta formação contou com a participação de mais de 700 profissionais de saúde de equipes de Atenção Básica, residentes, e gestores municipais de saúde, incluindo as mais diversas formações, como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos da família, profissionais do mais médicos, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, residentes, agentes comunitários de saúde, entre outros. A construção dos projetos e pactuações coletivas constitui-se com atenção às especificidades loco-regionais de cada município em relação a população masculina. O processo de reflexão sobre as masculinidades no campo da saúde, dirigido aos agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de saúde bucal, dentistas e demais profissionais das secretarias municipais de saúde presentes foi uma perspectiva de gênero citada como não usual na formação acadêmica dos profissionais de saúde que estavam presentes, o que elencamos neste ensaio como problema crucial a ser trabalhado ainda durante a formação das próximas gerações de profissionais do SUS, além de necessário para mudança do paradigma dos modelos médico - hegemônicos, e práticas de saúde integrais. A educação interprofissional em saúde promove mudanças nos modelos de práticas e de formação dos profissionais de saúde, visto que se constitui em uma prática colaborativa com foco no usuário e em suas necessidades de saúde (SILVA et al, 2015).

Os eixos estruturantes formulados pelos profissionais que participaram deste processo introduzem o objeto de nossas ações (descritos de forma aprofundada por meio de uma Nota Técnica): territorialidade e controle social; saúde mental; sexualidade e reprodução; violências (interpessoal e urbana) e causas externas (acidentes de transporte e de trabalho) e saúde do trabalhador. Ademais, no que se refere a prevenção ao câncer prostático, foram utilizadas as normas técnicas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde e no Protocolo Clínico de Urologia do Telessaúde, para construção deste documento.

Quanto a saúde mental foi priorizada pelos profissionais a questão do suicídio. Teixeira Filho e Rondini (2012) trazem como a heteronormatividade e o machismo impregnam negativamente os valores sociais que julgam as práticas sexuais com interferências no número de ideações suicidas. O estado do RS, é o estado brasileiro com maiores índices de suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015). Algumas das secretarias municipais de saúde trabalharam com este tema, especificamente, a partir da

perspectiva de gênero, visto que o maior percentual de suicidas são homens.

No campo da sexualidade e reprodução, foi elencada a necessidade de se rever as ações de saúde voltadas para cuidados com a sexualidade masculina, no sentido de ampliar a discussão sobre o tema, levando em conta aspectos culturais associados à construção da identidade dos sujeitos e espaços onde os homens sintam-se à vontade para buscar informação e atendimento que os levem a uma atitude de prevenção (REBELLO; GOMES, 2012) e de planejamento familiar. Quanto a paternidade Sena (2016) aponta a necessidade dos profissionais de saúde corresponderem a demanda dos novos modelos de paternidade, a fim de propiciar o exercício adequado desta função. Ações voltadas ao estímulo da paternidade participativa - presença do homem nas consultas de pré-natal, convite ao homem para entrar na sala de vacina, grupos de pais e cuidadores, apoio à paternidade na adolescência, divulgação e estímulo à Lei do Acompanhante - Lei Federal 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), foram incentivadas e pautadas pelas SMS em articulação com a Política Estadual de Atenção à Saúde do Homem e com as CRS'S. No ano de 2014 a instituição internacional PROMUNDO, lançou a cartilha do Programa P: Estímulo a Paternidade Ativa, foi convidada como parceira do processo de implementação da política. Ou seja, novamente o processo interdisciplinar de sensibilização estava indissociável aos processos de implementação da política de Saúde do Homem. Inserir os homens no Pré-Natal, no estímulo à paternidade e o acompanhamento em todo processo de parto e pós-parto, foi grande pauta, visto o usual relato do desconhecimento deste direito constitucional (SILVA; ALVES; PEREIRA, 2010). Quanto a presença do pai no cuidado, seja na primeira infância ou durante o crescimento de seu filho também foi abordada, o próprio distanciamento pode acarretar violências - Lacharité, Louise e Pierre (2006) referem que o desconhecimento das necessidades dos filhos pode levar o pai a utilizar a violência física como forma de educação.

Através de análise dos relatórios gerenciais encaminhados pelas 108 secretarias municipais de saúde, apoiadas pelas coordenadorias regionais de saúde, quantificamos, dentre os eixos prioritários no contexto da atenção básica em saúde (presentes na Resolução 236 CIB/RS) em quais eixos se estabeleceram as ações contínuas em saúde do trabalhador das macrorregiões do estado. O eixo em que se concentraram a maioria das ações foi no eixo de estímulo a paternidade (33%) e, em posterior, saúde do trabalhador (20%), saúde mental (18%), sexualidade e reprodução (11%), implementação do 3º turno nas unidades básicas de saúde (10%) e temas referente a violência, seja doméstica ou urbana, (8%). Sendo a maioria das ações realizadas por municípios da Macrorregião Missioneira, os eixos elencados demonstraram a prática colaborativa e interprofissionalidade que pautaram este debate.

## ○ Considerações

Ressalta-se, neste ensaio acadêmico, as potencialidades de pautar a saúde dos homens numa perspectiva que inclua a interprofissionalidade para trabalhar as pluralidades das masculinidades no processo de saúde, a partir da cogestão e da regionalização em saúde, a fim de aumentar o acesso e remodelar as formas de cuidado em saúde. Neste contexto, as discussões realizadas em espaços interinstitucionais trouxeram avanço em posições ético-políticas que facilitam o exercício da integralidade na Saúde do Homem, mas que dependem de uma continuidade que ultrapasse as linhas de força que estão sempre em tensionamento no território das políticas públicas, trazendo rupturas com os modelos médicos-hegemônicos. Os homens, vistos para além de seu caráter universalizado, ou seja, percebidos em suas interseccionalidades como de raça, gênero, sexualidade, classe social, geração, são os atores que ocupam o lugar de maior invisibilidade no momento em que o tema é acesso e cuidado em saúde.

Tornar sensível aos profissionais de saúde o reconhecimento da pluralidade das masculinidades envolvidas no campo da saúde, desde a formação profissional e colocar em análise o jugo moral presente através das normas de gênero, foram essenciais no processo de formação destes profissionais para que, posteriormente, fossem pactuadas ações integrais e longitudinais em Saúde do Homem. Assumir o caráter da cogestão e da regionalização trouxe resultados eficazes para o processo de monitoramento das ações que foram pactuadas, visto que a Saúde do Homem da Secretaria Estadual de Saúde do RS instituiu espaço colegiado com as referências técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde, composta por seus profissionais e residentes - responsáveis em acompanhar o processo de implantação nos municípios de suas regiões, realizar momentos para troca de experiência de territórios, muitas vezes similares, e oferecer apoio institucional.

A implementação da Saúde do Homem no estado do RS, considerou a prática interprofissional como condição para a viabilidade da implantação desta política de saúde. Os eixos temáticos incluídos pelos próprios profissionais, atendendo a realidade loco-regional se apresentaram como fatores decisivos. Para uma linha de cuidado integral à Saúde do Homem, é necessário fortalecer essa política no acesso e na longitudinalidade do cuidado dos homens nos serviços de Atenção Básica em Saúde e no cuidado integral em saúde.

As resistências encontradas neste trajeto para a aproximação interprofissional têm raízes histórico-sociais marcadas por iniquidades existentes entre as profissões da saúde. Ainda, há muito que avançar para aproximação da educação e prática interprofissional no SUS, para tal elencamos a necessidade de maior envol-

vimento das Instituições de Ensino Superior (IES) com serviços de práticas e gestão a fim de garantir a integralidade do cuidado em saúde.

## ○ Referências

BASTOS J.L.; FAERSTEIN E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 75-102.

BRASIL. **Lei No 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, 2009a.

BRASIL. **Portaria Nº 1.944 DE 27 DE AGOSTO DE 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CARRARA, S. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 28-29, 2005.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LACHARITÉ, C.; LOUISE, É.; PIERRE, N. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. **Bulletin de psychologie**, v. 4, n. 484, p. 381-394, 2006.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasi-**

**leiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MEDEIROS, P. F. **Políticas da Vida: entre saúde e mulher**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. "Eu não sou uma próstata, sou um homem!": por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 39-74.

MERHY, E.E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco; 2005. p. 195-206.

MEYER, D. Teoria e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 57, v. 1, p. 13-8. 2004.

MISKOLCI, R. 2009. A teoria Queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias* vol. 21, p. 150-182.

REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Qual é a sua Atitude? Narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 916-927, 2012.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: Conceitos Essenciais**. São Carlos: Claraluz.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SILVA, L. C. S. ; ALVES, V. H. ; PEREIRA, A. V. . A aplicabilidade da lei do acompanhante na maternidade de um hospital universitário. **RECENF. Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, v. 8, p. 34-38, 2010.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n.17, p.101-125, 2002.

ROHDEN, F. A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 173-214, 2014.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Rea-**

**lidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SENA, A. C. et al. Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 186-197, 2016.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dec. 2015.

SOUTO, K. A **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero**. *SER Social*, Brasília, vol. 10, n. 22, 2009.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

# A produção do cuidado psicossocial: o itinerário da residência multiprofissional em saúde mental na territorialização

09

**Aline Maria Furtado de Carvalho**  
**Bruno Falcão Batista**  
**Elias Neves do Nascimento Filho**  
**Gicélia Almeida da Silva**  
**Lorena Saraiva Viana**

## ○ Introdução

A fim de compreender o processo de territorialização no campo da saúde, faz-se necessário resgatar a compreensão sobre o território. A palavra território vem do latim *territorium*, que significa pedaço de terra apropriado. O vocábulo latino *terra* é fundamental para se entender o significado da palavra território, pois explicita sua estreita ligação com a terra, como um fragmento do espaço onde se constroem relações, tanto de base materialista, quanto de base idealista (HAESBAERT, 2007, p. 43).

Milton Santos através da nova geografia relativizou e deu um sentido ampliado ao termo território, inserindo as questões inerentes às relações sociais e políticas que podem envolver o território, ou seja, a nova geografia fomentada no Brasil a partir da década de 1980, reconhece que o território é vivo e dinâmico, que os conflitos advindos pelas relações sociais produzem mudanças constantes (QUEIROZ, 2016).

Para além de uma superfície terrestre delimitada, os territórios se apresentam como espaços que imprimem relações sociais. Há neles, inclusive, uma expressão geográfica do exercício do poder, onde indivíduos ou grupos sociais influenciam ou controlam pessoas, processos, recursos e relações, efetivando com isso o controle sobre essa área, e tal fenômeno denomina-se territorialidade (SACK, 1986).

No âmbito da saúde mental, o entendimento sobre as questões relacionadas ao território deve ser constantemente discutido, haja vista sua representação en-

quanto espaço de cuidado. Com o processo de reforma psiquiátrica desenvolvido face às práticas desumanas operadas pelo modelo manicomial, que destituiu os sujeitos dos direitos, inclusive o direito à vida, foram propostos novos desenhos de cuidado pautados em serviços substitutivos de base comunitária.

Silva e Pinho (2015), trazem que o território onde nasce a identidade de uma sociedade, se configura como um espaço de potência. Marcado por suas relações de poder, conflitos, lutas, processos políticos, econômicos e sociais, nele se desenha a vida das populações. Tomando-o como lócus de cuidado, conhecer todos os elementos que o compõe é uma tarefa necessária a todos que tem como objeto de cuidado a saúde mental.

Vale destacar que conhecer elementos que compõem um território implica diretamente em compreender os Determinantes Sociais em Saúde Mental. Assim como o conceito de saúde não é apenas a ausência de doença, a saúde mental não se reduz à ausência de um transtorno ou sofrimento mental. O conceito de saúde mental é amplo, sendo, por vezes, uma tarefa difícil levar a uma definição, ou mesmo identificar aquilo que a determina. Visto isso, Alves e Rodrigues (2010) em seu estudo apontam alguns fatores sociais e econômicos que podem influenciar na saúde mental, a saber, Emprego; Educação; Pobreza; Habitação; Urbanização; Discriminação sexual e violência de gênero; Experiências precoces/ambiente familiar; Exclusão social e estigma; Cultura; e Acontecimentos de vida estressantes.

O processo saúde-doença trazido por Yasui e Costa-Rosa (2008) resultante de sistemas sociais complexo, demanda uma intervenção interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado. Com isso, um dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, foi a proposta do Paradigma Psicossocial, a fim de superar a lógica asilar psiquiátrica, e os modelos Biomédicos, Medicamentosos e Hospitalocêntricos que não davam conta de atender as necessidades individuais e subjetivas dos sujeitos. Surge então, a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) trazida como política de saúde no Brasil operacionalizada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria 3.088/2011.

A RAPS dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). A rede do município de Sobral, com base na orientação da portaria, contempla os seguintes componentes: Atenção psicossocial estratégica nas modalidades, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad); Serviço Residencial Terapêutico; Atenção de Urgência e Emergência tendo como referência a Santa

Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), e o Hospital Regional Norte (HRN); Hospital geral de referência Doutor Estevam da Ponte com Unidade Psiquiátrica; e Atenção Básica em Saúde com Centros de Saúde da Família - CSF (Equipe de Estratégia Saúde da Família - ESF, Núcleos de Apoio ao Saúde da Família - NASF e Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - RMSF).

Nessa perspectiva, de equipe que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAIMS), Sobral, é um município contemplado, inclusive, com um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM). Implantado através da parceria entre Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Sobral - CE, por meio da secretaria de saúde representada nesta configuração pela da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) como responsável pela coordenação técnico pedagógica por meio da Resolução nº 001, de 15 de fevereiro de 2008. A parceria conta ainda com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) como instituição formadora. Dessa forma, o programa encontra-se atualmente em vigência da sua terceira turma.

A fim de trabalhar o fenômeno saúde mental de forma ampliada, e pensar a qualificação profissional para atuar nesse campo, a residência propõe integrar os residentes nessa rede complexa a fim de provocar mudanças na produção do cuidado, despertando para uma articulação de saberes e práticas que se dão mediante uma organização horizontal do processo de trabalho. Para tal, uma das ferramentas utilizadas para aproximação dos residentes com os territórios e os dispositivos existentes é a territorialização.

O exercício da territorialização implica em realizar o movimento de aproximação da vida da comunidade, conhecer as relações sociais dos sujeitos e instituições, os conflitos, as potencialidades e possibilidades existentes nos espaços comunitários, para, então, propor intervenções que fomentem o cuidado preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Ressalta-se que em Sobral a ação de reconhecimento dos territórios por meio da territorialização já vem sendo desenvolvida pela Atenção Básica, desde 1998, o que vem fundamentando a organização, planejamento e avaliação da intervenção das equipes de ESF. No entanto, tal movimento não ocorre em serviços como o CAPS e demais dispositivos que compõem a atenção secundária. Assim, embora as duas turmas anteriores da RMSM não tenham tido essa aproximação, visualizou-se com base na experiência vivenciado pela terceira turma de RMSF que a utilização desse recurso poderá auxiliar para a formação interprofissional em saúde mental.

Visto isso, e sabendo que o processo de territorialização tem se configurado em um importante instrumento para a concepção de ações interventivas nos ce-

nários das comunidades. Uma estratégia que viabiliza ações criativas, interventivas e de produção de sentido para os atores envolvidos no processo de cuidado em saúde na atenção primária. Buscou-se inserir a atual equipe de residentes em saúde mental nos territórios que compõem as grandes macros (classificação utilizada pela saúde mental em Sobral).

Com o intuito de possibilitar a essa equipe uma melhor compreensão *in loco* da dinâmica territorial, facilitando com isso subsídios para se pensar estratégias de cuidado baseada nas reais necessidades da população. Este relato de experiência concebido coletivamente, objetivou expor sobre as etapas que envolvem o percurso de construção da territorialização da atenção básica na perspectiva da saúde mental, visto que os atores envolvidos nesta experiência compõem o corpo docente e discente da RMSM.

## ○ Metodologia

Caracteriza-se como um Relato da Experiência vivido no processo de territorialização no programa de RMSM, que contemplou tanto a abordagem teórica sobre o tema por meio de oficinas, bem como a imersão nos territórios, nos CSFs e em serviços disponíveis na RAISM.

A vivência deu-se no período de abril à junho do ano de 2017. Participaram dos processos teóricos, docentes e discentes do Programa de RMSM. E da imersão nos territórios, especificamente, 10 profissionais/estudantes do Programa de Residência, sendo 2 profissionais de cada uma das seguintes categorias: psicologia, serviço social, terapia ocupacional, educação física e enfermagem.

O processo de Territorialização, por parte da RMSM, foi integrado junto à equipe de RMSF, gerentes e profissionais que compõem a equipe ESF dos CSFs que atendem os bairros: Sinhá Saboia, COHAB I, COHAB II, COHAB III, Junco, Conjunto Santo Antônio, Dom Expedito, Expectativa, Caic, Recanto I e II, e Vila União.

Utilizou-se como método para coleta das informações a Observação Incorporada, que configura-se como um tipo de Relato de Experiência do indivíduo no ambiente, feito de uma forma mais atenta, aberta e consciente de suas sensações e emoções. Que implica no respeito, ainda, sobre a reflexão do pesquisador e sobre a sua própria experiência, descrevendo-se sentimentos, emoções, e pensamentos diversos (ALCANTARA; RHEINGATZ, 2007).

Para operacionalização da imersão seguiu-se, respectivamente, as etapas da Observação Incorporada, elaboradas por Alcantara e Rheingatz (2007), a saber: 1. Preparação, foi realizado um momento de relaxamento das tensões e ansiedades

com os residentes, propiciando com isso uma libertação dos pensamentos cotidianos; 2. Observação atenta, contendo memorial fotográfico para registro dos momentos; 3. Análise in loco, com registro imediato em dois diários de campo, um de cunho descritivo e outro reflexivo; 4. Análise compartilhada, onde a equipe reunida pôde anotar pontos comuns e divergentes; 5. Análise crítica, as informações foram reunidas em um novo documento mais sistematizado, para que logo fosse feita uma apresentação e discussão.

As anotações dos diários de campo de caráter descritivo continham informações sobre a captação concreta da realidade com o máximo detalhamento, incluindo aspectos dos locais, ambientes, pessoas, e movimentos observados. E as anotações reflexivas traziam registros das percepções particulares dos observadores, suas apreensões, sentimentos e sensações. A análise e interpretação dos dados deu-se a partir de uma leitura flutuante do documento produzido na última etapa da Observação Incorporada denominada de Análise Crítica.

## ○ Relato da experiência

A imersão deu-se com base numa diversidade de olhares inerentes a uma equipe multiprofissional, inserida em dois campos de intervenção, CAPS II e CAPS ad, com ações nos territórios. A análise desse material construído nesse processo de territorialização, desenvolvido a partir dessa perspectiva multiprofissional, gerou quatro categorias: *Entendendo o processo de residência em saúde mental; A importância da Territorialização para a atenção psicossocial; O território enquanto ferramenta para a formação interprofissional em saúde mental; Fragilidades, Desafios, potencialidades do processo de territorialização na saúde mental.*

## ○ Entendendo o processo de residência em saúde mental

O Projeto da RMSM desenha-se no formato de uma equipe multiprofissional, tendo caráter inter e transdisciplinar, com intuito de promover integração do trabalho com a formação. Buscando romper com a fragmentação das práticas, posturas e condutas de institucionalização das diversidades humanas e singularidades socioculturais.

A interseção permanente entre os núcleos de atuação profissional no campo da saúde se dá pelo desenvolvimento de práticas em serviço e de sua reflexão crítica, especificamente nos espaços dos dispositivos que compõem a RAISM de Sobral, na perspectiva da tríade ensino-serviço-comunidade, mediante acompanhamento de preceptores (profissionais da rede) e tutores (apoio institucional), em regime de 60 horas semanais, com vigência de 2 anos, conforme preconiza a Portaria Interministerial MEC e MS N° 1.077 (BRASIL, 2009, p.07).

Contemplando as cinco categorias anteriormente citadas, os dez profissionais (dois de cada categoria), admitidos em março de 2017 pelo Processo Seletivo Simplificado Unificado para ingresso nos Programas de RMSF e RMSM, compõem a terceira turma da RMSM. Estes são divididos em duas equipes formadas por um profissional de cada categoria (BRASIL, Edital nº 30/2016, 2017, p.03). Os residentes são inseridos na dinâmica dos serviços participando de atividades ora de forma interprofissional, ora de forma específica com base nos conhecimentos de seus núcleos de atuação, permanecendo um ano em cada serviço: CAPS II e CAPS ad.

Conjuntamente participam de atividades teóricas, nomeadas de ciclos teóricos, duas vezes por semana, onde algumas oficinas são integradas com a Residência de Psiquiatria. Realiza-se, ainda, estudos dirigidos e rodas de categorias (momentos em que juntamente com os preceptores, profissionais que atuam na RAISM, empreendem discussões inerentes ao fazer e saber do seu núcleo de atuação).

A fim de realizar alinhamentos das equipes, acontece semanalmente uma roda de equipe e mensalmente uma roda ampliada, na qual os corpos discente e docente reúnem-se e constroem processos teóricos, técnicos e políticos. Compõe, ainda, a dinâmica dos residentes uma roda mensal do corpo discente, momento em que é exercitado o eixo político de construção da RMSM.

Nos dispositivos CAPS os residentes realizam as seguintes atividades/ações: atendimentos individuais e/ou em conjunto (interconsultas, atendimento compartilhado); mediam grupos, oficinas terapêuticas já existentes ou criam novas propostas; realizam apoio matricial junto com as equipes da RAISM para as equipes dos CSFs, além de ações nos territórios em que oferecem suporte no matriciamento; realizam visitas domiciliares; participam dos atendimentos de técnicos de referências; promovem atividades multiprofissionais na unidade de internação no hospital geral Dr. Estevam aos finais de semana.

As equipes operam nos processos políticos e de cogestão por meio das assembleias de usuários, movimentos sociais e rodas dos serviços. Os residentes promovem, ainda, processos de Educação Permanente para os trabalhadores da RAISM no cotidiano institucional, uma vez que a presença dos residentes conduz processos reflexivos, organizativos, de planejamento e avaliação dos modos operandi das equipes. Utilizam metodologias ativas na condução de discussões técnicas, políticas e metodológicas da intervenção na atenção psicossocial especializada, desencadeando mudanças nos processos de trabalho, a partir das necessidades dos serviços.

Assim, a RMSM configura-se em um processo formativo sistêmico, que atinge a formação dos profissionais que ocupam o lugar de residentes e dos trabalha-

dores do sistema. Assim, como os territórios se modificam os serviços que estão dispostos dentro destes espaços territoriais, haja vista que são de base comunitária, devem acompanhar a dinamicidade dos territórios, ou seja, os processos de trabalho devem estar constantemente sendo desconstruídos, e reconstruídos com base nas necessidades da população. Os atores envolvidos (profissionais e usuários) precisam se movimentar, reorganizar e replanejar os processos de cuidado, a fim de construir a saúde mental que se deseja.

Enquanto residentes, tendo concluindo uma breve parte do processo, podemos inferir que a proposta de inovar o cuidado em saúde mental, por meio do fazer da residência, possibilita atender a um dos ideias da reforma sanitária e psiquiátrica de repensar diariamente os processos de cuidado a partir do cotidiano nos territórios, no qual estão inseridos os usuários. Repensar com a comunidade o sentido da loucura, e as formas mais saudáveis de lidar com as singularidades das pessoas, talvez seja o caminho para construção de uma sociedade mais equânime.

A reorientação da formação em saúde que se requer para o SUS, em especial para o campo da saúde mental, passa pela superação das especialidades como traz Almeida-Filho (1997), ao colocar a loucura, o louco e seu entorno como objetos complexos no campo da saúde mental, que não prescindem de especialistas, mas que exigem, cada vez, mais operadores transdisciplinares da ciência, ou seja, aqueles que lidam com um objeto multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência.

## ○ A importância da Territorialização para a atenção psicossocial

No campo da saúde mental, a estratégia da territorialização ainda está em processo de construção. Do ponto de vista metodológico e sistemático, contudo, ao que compreende a intervenção, no campo prático na atenção psicossocial, existe um processo em andamento, o qual, embora esteja em aprimoramento, favorece o cuidado da pessoa com transtorno mental.

Podemos identificar um descompasso instrumental entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, a partir de Onocko-Campos e Furtado (2006) que compreendem a criação e sistematização de processos de trabalho. Deste modo, no campo da atenção psicossocial, onde se tem que o cuidado de base territorial, fica estante aos CAPS, que sob a égide da ordenação do cuidado se depara com um dilema, que consiste em ampliar e restringir sua intervenção.

Em contraponto, a Reforma Sanitária, através do campo da saúde pública, ampliou seu escopo instrumental, com inovações a exemplo da territorialização.

Assim, para a atenção psicossocial temos um vasto campo inexplorado, embora haja uma demanda advinda dos usuários, compreende-se que uma melhor interlocução desses dois campos, resultaria em um importante avanço para a preceito do modelo antimanicomial, que consiste na construção efetiva de cuidado de base comunitária, visto que o território é parte da vida dos sujeitos, é nele que ocorrem as subjetivações do ser social.

Seguindo a prerrogativa, de uma ampliação e/ou criação de instrumentos, consideramos que o processo de territorialização no campo da atenção psicossocial, compreende uma postura proativa dos gestores e trabalhadores, uma vez que desenvolver ações interventivas requer investimento de recursos humanos e estruturais, ou seja, desenvolver a habilidade de reconhecer o território e, a partir de seu reconhecimento, criar ações intersetoriais e interdisciplinares que viabilizem o cuidado das pessoas com transtorno mental.

Aqui não iremos diferenciar os tipos de transtorno, visto que objetivamos referir a construção de cuidado universal e integral, em seu território de origem. Nesse sentido Meirelles et al (2011) para afirmar que a interdisciplinaridade ainda se mostra um campo a ser explorado e ao que confere a atenção psicossocial, apesar da preconização em seu arcabouço legal, como na portaria nº336/2002 (BRASIL, 2002, p. 09), temos ainda uma atuação que se aproxima da atuação multidisciplinar.

Na perspectiva de construir um *modus operandi* para a territorialização na atenção psicossocial, trabalhadores necessitam refletir criticamente o paradigma da promoção da saúde com enfoque nos DSS. Requer que os atores das cenas do sistema de saúde, sobretudo da atenção psicossocial, estejam atentos ao delineamento destes DSS, ou seja, conheçam o conceito sob pontos de vistas diversos.

Tomemos como exemplo o determinante violência. Compreender este em suas diversas esferas, deve conduzir a equipe de saúde na elaboração de intervenções. Buss e Pellegrini-Filho (2007) nos apresentam o conceito de determinantes sociais baseado no que é defendido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), Definindo como, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Desencadear ações nos territórios de atuação em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde consiste na articulação de ações de saúde que busquem processos pedagógicos de qualificação dos atores envolvidos, na busca por construir estratégias para a qualidade de vida dos sujeitos, seja no campo coletivo, a exemplo pensar processos de fomento da redução de violências, seja no campo individual, por exemplo com a redução da cultura medicamentosa.

## ○ O território enquanto ferramenta para a formação interprofissional em saúde mental

Com base na complexidade dos territórios, a saúde mental e a atenção psicossocial tomam estes como espaços que influenciam o cuidado, bem como local onde ocorrem atos em saúde. Para compreensão e construção de processos verdadeiramente comprometidos com o SUS, se faz necessária repensar a formação dos profissionais que atuam nesses lugares.

Tendo como premissa a atribuição da saúde em ordenar a formação de profissionais da área, percorrida no texto constitucional de 1988, que surge como uma preocupação com a formação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, p.121). A temática discutida, inclusive no movimento de Reforma Sanitária, e também na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, sinaliza a necessidade de modificações dos processos formativos ressaltando a importância da integração ensino-serviço. Surgem daí os programas de Residência Multiprofissionais em Saúde, desenhados à luz da Política Nacional de Educação Permanente, que inclui os residentes de diferentes áreas do conhecimento oportunizando a chance de atuar em diversos contextos e níveis de atenção, inclusive no âmbito da atenção psicossocial.

Pensar os processos formativos em campos tão complexos como é a atenção psicossocial, implica repensar inúmeros aspectos éticos, pedagógicos e políticos. Experienciar, a partir da territorialização, os processos de cuidado com base no que o território oferece, tendo como cerne as necessidades de saúde da população que tem algum transtorno ou sofrimento mental, possibilita compreender os usuários em suas diversas dimensões.

O debate sobre as ferramentas de intervenção no campo da saúde que queremos apresentar nesta produção, atravessa a discussão inerente ao processo cuidado-saúde-doença, concordando com o que traz Merhy e Fewerweker (2009) quando nos apresentam as questões inerentes a micropolítica do curso que envolve a tríade mencionada, uma vez que estamos nos referindo como trabalhadores da saúde que operam no campo do sofrimento humano, tendo aqui a especificidade do sofrimento mental.

Construir processos interventivos neste campo implica antes analisar esferas diversas que devem contrapor ao controle dos corpos, essa que mostrou-se uma política excludente, centralizadora e cujos processos emancipatórios da vida humana foram desconsiderados. Apesar de, na contemporaneidade, haver, na prática institucional, um aspecto hegemônico de processos que não priorizam a autonomia dos sujeitos, visto que ainda atuamos a luz dessa perspectiva, as inter-

venções já apresentam um contorno dessa concepção que apresentam, além do caráter técnico e operacional, operam no viés político.

Assim, ao trazeremos as questões inerentes à construção de ferramentas para a intervenção no campo da saúde, queremos colocar em pauta a importância dos processos organizativos, de planejamento e avaliação na construção de linhas de cuidado que dialoguem com os diversos saberes interprofissionais, de maneira que ocorra o diálogo entre as 14 categorias profissionais inseridas nos dispositivos de saúde, dialogando com os imensuráveis saberes advindos do território.

A residência, por permitir a condição de profissional/estudante que em constante diálogo teórico, prático, político e pedagógico, próprios do processo de formação permite uma criticidade e reflexão dos processos de cuidado instituídos. Os residentes atuam, nesse sentido, como agentes transformadores da realidade, assumindo papel reflexivo, questionador e tensionador dos processos de trabalho estabelecidos no cotidiano.

Nessa perspectiva, os residentes problematizam as realidades, e disparam processos de educação permanente, possibilitando às equipes um despertar para novos olhares a pessoa com algum sofrimento ou transtorno mental, bem como as suas famílias e meio social, a fim de nortear suas ações com base na realidade dos territórios que, em constante modificações, são, por vezes, desconhecidos pelos profissionais da RAISM.

## ○ **Fragilidades, desafios, potencialidades do processo de territorialização na saúde mental**

Ao longo do processo de territorialização na perspectiva da saúde mental, reconhecendo o território enquanto espaço de cuidado, compreendendo as relações de poder como influenciadoras no processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, podemos identificar realidades que se assemelham, ao passo que também diferenciam-se em alguns aspectos. A partir dessa premissa, podemos pontuar diversas fragilidades, desafios e potencialidades, tanto à nível macro, como à nível micro.

A princípio, à nível macro, pode-se perceber como os DSS influenciam as comunidades, onde foram identificadas muitas vulnerabilidades sociais em boa parte dos territórios, tais como a violência, tráfico de drogas, conflitos de gangues com outros territórios; dificuldade de acesso em decorrência de alguns territórios serem muito íngremes; áreas de alagamento; locais de extrema pobreza.

No nível micro, identificou-se fragilidade na aproximação entre as equipes de saúde mental com as equipes da ESF, com dificuldades no acompanhamen-

to e, até mesmo, na identificação de novos casos em saúde mental existentes em alguns territórios. Com base nessa limitação não foi possível realizar um aprofundamento em relação ao entendimento de como se organiza o cuidado em saúde mental em alguns deles. A incompreensão do fluxo da rede de saúde mental por parte dos profissionais da atenção básica é um aspecto preocupante, uma vez que compromete o cuidado, pois não direcionados aos serviços adequados os usuários permanecem perdidos na rede.

Em alguns territórios observou-se um restrito repertório de grupos ou espaços para continuidade do cuidado nos territórios, principalmente, nos casos relacionados ao uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias. Os profissionais, principalmente os que compõem as equipes da ESF, apesar de realizarem territorialização, poucos conhecem dispositivos potentes de cuidado, extramuros do CSF. Além disso, algumas propostas grupais existentes, quando criadas, não tem sua proposta desenhada conforme aquilo que a população sinaliza como necessário, definidas com base apenas nos objetivos dos profissionais.

A própria comunidade demonstra não compreender as formas de cuidado que são propostas a partir da atenção psicossocial. Partindo desse pressuposto percebemos algumas posturas, uma daquele usuário que ainda permeado de estigma recusa ter seu cuidado pensado no CAPS, outra daquele usuário que não desejando ter alta do CAPS rejeita a continuidade do seu plano terapêutico em outros dispositivos de saúde, como na atenção básica, por terem uma compreensão limitada das estratégias de cuidado psicossocial.

Aspectos do modelo biomédico são fortemente observados na dinâmica da assistência às demandas de saúde mental. No compartilhamento do cuidado feito a partir do matriciamento, sentiu-se pouco implicamento e sensibilização por parte de algumas equipes da ESF. Havendo, contudo, uma forte valorização apenas da lógica ambulatorial, centrada na figura médica, em especial no psiquiatra. Tal aspecto vem se agravando ao longo dos tempos com a saída de profissionais da RAISM, que antes participavam do apoio matricial, intensificando com isso a lógica biomédica.

Em contrapartida, no que tange as potencialidades, apontamos a eficácia da comunicação entre os serviços que compõem a RAISM. Sobretudo, porque boa parte dos profissionais que compõem a rede trabalham em mais de um dos dispositivos, podendo, dessa forma, acompanhar o usuário em vários estágios, desde um quadro de crise que chega ao acolhimento no CAPS, seguida de internação na unidade psiquiátrica, até o período de pós alta, quando este passa a ser cuidado nos territórios pelas equipes da ESF, ou mesmo no CAPS.

O apoio matricial realizado junto aos CSF, apesar da crítica feita anteriormente, por terem modelos diferenciados, em que alguns têm uma melhor resolutividade, pode ser apontado como o “carro chefe” nos processos de cuidado em saúde mental. Muitos projetos terapêuticos são pensados nessa lógica compartilhada das equipes com os usuários, resultando, por vezes, em processos de cuidados extremamente exitosos, melhorando significativamente a qualidade de vida, seja das pessoas que têm algum transtorno, ou mesmo sofrimento mental, bem como de suas famílias.

Nesse sentido, observa-se que o trabalho bem articulado dos profissionais da saúde mental com a equipe de ESF, revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado (CAPS Geral/CAPS AD) e a atenção básica (CSF), possibilitando a corresponsabilidade dos casos, ampliando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e favorecendo a atenção territorializada (SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007).

## ○ Considerações Finais

Destarte, a partir da imersão nos territórios, percebeu-se que ferramentas como a territorialização se configuram fundamentais para se pensar na rede de atenção psicossocial para além dos serviços. Dando condições de fomentar estratégias desinstitucionalizantes, reconhecendo no usuário suas particularidades que, impressas nos territórios, necessitam ser consideradas no cotidiano para melhor compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como para a invenção de práticas de cuidado integral.

Diante da dinamicidade dos territórios, que constantemente se modificam, o reconhecimento desse espaço em que se expressam as relações de poder, onde se desenha a identidade de uma comunidade, ou seja, para fazer territorialização requer sensibilidade, planejamento, tempo para imersão, haja vista a continuidade do processo. Visto isso, esta experiência limitou-se quando desdobrou-se em um breve espaço de tempo, apontando assim para a necessidade de outras discussões acerca desses processos interdisciplinares feitos nos territórios nesse campo psicossocial em outras realidades.

Destacamos, ainda, a importância dessa ferramenta da territorialização para a reformulação do perfil de profissionais que atuam no SUS, em especial na rede de atenção psicossocial, haja vista que processos dessa natureza permitem uma maior aproximação com os espaços vivos, onde operam as singularidades do sujeito. Tal aproximação confere ao profissional a oportunidade de trabalhar junto à comunidade possibilidades de superar a ideia de lidar com a loucura reduzida a medicação, ao isolamento e a dependência, refletindo, inclusive, sobre o pensar e exercitar com os usuários a tão almejada autonomia.

## Referências

ALCANTARA, D.; RHEINGATZ, P.A. Cognição Experiencial, Observação Incorporada e Sustentabilidade na Avaliação Pós-Ocupação de Ambientes Urbanos. **Revista Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 35-46, jan./mar. 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ambienteconstruido/article/view/3727> Acesso em: 22 ago. 2017.

ALMEIDA-FILHO, A. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=i-so)>. Acesso em: 14 ago. 2017.

ALVES, A.A.M; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**. v. 28, n.2, p.127-131, jun./set. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MEC/MS N° 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192) Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define as normas e diretrizes a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Diário Oficial da União. 3 mar. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 26 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Sobral. Secretaria de Saúde. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Edital n° 030/2016**. Dispõe sobre o Processo Seletivo Simplificado para o ingresso nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e residência Multiprofissional em Saúde Mental. 2016. 22p.

\_\_\_\_\_. Sobral. Secretaria de Saúde e Ação Social. **Resolução n° 001, de 15 de**

**fevereiro de 2008.** Estabelece que todos os Processo de Educação Permanente ficam sob a Responsabilidade da Coordenação de Educação Permanente. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Impresso Oficial do Município de Sobral. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/iom.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 001, de 15 de fevereiro de 2008**, da Secretaria da Saúde de Sobral.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

HAESBAERT, R.; ARAUJO, F. G. B. (Orgs.). **Identidades e Territórios: Questões e Olhares Contemporâneos**. 1. ed. Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p.160-165, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/6260> Acesso em: 08 ago. 2017.

MEIRELLES, M.C.P.; KANTORSKI, L.P.; HYPOLITO, A.M. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 282-289, abr. 2011. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2551/1689>>. Acesso em: 01 ago. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/217976922551>.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt) Acesso em: 21 jul. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.5, p.1053-62, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

QUEIROZ, T.A.N. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Para Onde!?**, v. 8, n. 2, p. 154-61, jan. 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/paraonde/article/view/61589/36420>. Acesso em: 05 jul. 2017.

SÁ, R.A.R.; BARROS, M.M.M.; COSTA, M.S.A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/150> Acesso em: 24 jul. 2017.

SACK, R. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SILVA, A.B; PINHO, L.B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 420-424, jul. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf> Acesso em: 12 jul. 2017.

# Residência multiprofissional e a interprofissionalidade: a discussão de casos da APS como estratégia sensibilizadora para o cuidado centrado na pessoa

10

*Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani  
Nara Maria Holanda de Medeiros  
Amy Tanaami  
Gabriela Junqueira Calazans  
Rosana Machin  
Patrícia Coelho de Soarez*

"Um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo que veio antes e depois."  
(Walter Benjamin, 1994)

Apresentamos um relato de experiência com o objetivo de apoiar a reflexão sobre políticas de indução do caráter interprofissional da formação voltado para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O texto foi estruturado como um convite para o leitor acompanhar um enquadramento sucessivo em direção à experiência, na concepção defendida por Bondia (2002).

Inicialmente, apontamos elementos do cenário mundial e nacional, seguido pela delimitação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, por fim, com a tradução da experiência vivida por uma egressa do programa.

## **Introdução: panorama nacional e internacional**

A Educação Interprofissional (EIP) é uma atividade de natureza cultural, implicada com a transformação da cultura do ensino, do trabalho e do paradigma assistencial; pressupõe uma nova forma de conhecer, aprender e ensinar, cujo foco está na integralidade e no trabalho conjunto integrado capazes de

responderem à complexidade das demandas atuais.

A importância da EIP é destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como veículo para formar uma força de trabalho preparada para agir:

A carência mundial de 4,3 milhões de profissionais de saúde foi considerada por unanimidade como uma barreira crítica para a conquista dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionadas à saúde. Em 2006, a 59ª Assembleia Mundial de Saúde reagiu à crise de recursos humanos para saúde através da implementação da resolução WHA 59.23, que ordenou um rápido aumento da produção de força de trabalho em saúde por meio de estratégias inovadoras de ensino em países industrializados e em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p.12).

Os governos em todo o mundo estão buscando soluções inovadoras e transformadoras do sistema que *“assegurem a disponibilidade, a variedade e a distribuição adequada da força de trabalho de saúde. Uma das soluções mais promissoras reside na colaboração interprofissional”* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p.12).

No cenário mundial, o principal papel da EIP tem sido identificado, no âmbito das políticas de saúde, como o aperfeiçoamento dos sistemas e dos resultados da atenção à saúde (REEVES, 2016). A EIP é definida como *“duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre si, para melhorar a prática colaborativa e a qualidade do cuidado”* (BARR et al., 2016, p.5). *“A colaboração interprofissional ocorre quando aprendizes, profissionais, pacientes, familiares e comunidade desenvolvem e mantêm relações de trabalho interprofissional”* a fim de promover cuidados colaborativos. (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010, p.6). Os cuidados colaborativos implicam em *“abordagem participativa, colaborativa e coordenada que visam a tomada de decisões compartilhadas sobre questões sociais e de saúde em uma parceria que envolve equipes de profissionais de saúde e clientes”* (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010, p.13).

Muitos profissionais de saúde acreditam estar praticando de forma colaborativa, simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles podem estar simplesmente trabalhando em um grupo no qual cada indivíduo concordou em usar suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum. Colaboração, no entanto, não se refere somente a acordo e comunicação, mas sim à criação de sinergia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 36).

Barr<sup>2</sup> faz distinção entre:

Competências comuns: aquelas que são comuns entre todas as profissões; competências complementares: aquelas que distinguem uma profissão de outra e as competências colaborativas: aquelas necessárias para trabalhar efetivamente com as outras (BARR, 2005, p.16).

“Um quadro de competências precisa ajudar os estudantes ou praticantes a darem sentido ao processo de aprendizagem, diferenciar questões por relevância, aplicar a aprendizagem a situações práticas e associar elementos de aprendizagem (integração)” (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010, p. 7).

Para facilitar o entendimento da necessidade da EIP, partimos do pressuposto de que é relevante compreender as mudanças na totalidade da vida social, sobretudo no tocante às questões políticas, técnicas e éticas de saúde, que transformaram os modelos de atenção e ensino.

A complexidade que envolve as ações em saúde perpassa o movimento técnico de superação da Abordagem Flexneriana; modelo predominante no ensino superior em saúde, que limita as ações em saúde pelas suas características: reducionista, curativa, especialista e fragmentada. Fragmentação também decorrente da lógica Taylorista, baseada nos princípios de separação e verticalização, centrada na assimetria das relações de poder. No Brasil, tal complexidade também passa pelo desafio de trabalhar com o conceito ampliado de saúde que orienta o SUS quando traz o entendimento de que o direito à saúde se confunde com o próprio direito à vida, cunhado no contexto da redemocratização do país e da elaboração e efetivação da chamada Constituição Cidadã. Esse fato fez com que profissionais e estudantes passassem a dialogar com diferentes áreas e movimentos sociais, portanto, a se relacionar com todas as forças políticas que caminhavam na mesma direção, por exemplo, os movimentos contra fome, violência, moradia, reforma agrária, educação, erradicação da miséria, entre outros, buscando aumentar o potencial de resolução das equipes de saúde. Ademais, é importante considerar o volume de conhecimento e a velocidade com que conceitos, pressupostos e práticas se transformam. O que demanda estratégias intelectuais de sobrevivência que possam nos inserir em movimentos permanentes de desaprendizagens<sup>3</sup>, favorecendo a apreensão de novos conceitos.

**2** - Hugh Barr é professor emérito de Educação Interprofissional da Universidade de Westminster, Reino Unido; Editor emérito, do Journal of Interprofessional Care e Presidente do Centro de Estudos Avançados em Educação Interprofissional do Reino Unido (CAIPE).

**3** - O princípio da desaprendizagem trata-se do sétimo princípio de facilitação da aprendizagem significativa, dos nove apresentados na Teoria da Aprendizagem Significativa Crítica, diz respeito ao momento em que “o conhecimento prévio nos impede de captar os significados do novo conhecimento: então é necessário desaprender, ou seja, (a luz do cognitivismo, não utilizar o subsunção e ser capaz de distinguir entre o relevante e o irrelevante no conhecimento prévio” Moreira (2005 apud MEDEIROS, 2015, p.132). Desaprender para apreender a ponto de conseguir traduzir os novos conceitos em ações.

As estratégias intelectuais de sobrevivência dependem:

[...] de conceitos como relatividade, probabilidade, incerteza, função, causalidade múltipla (ou não causalidade), relações não-simétricas, graus de diferença e incongruência. Tais conceitos deveriam ser promovidos por uma educação que objetivasse um novo tipo de pessoa, com personalidade inquisitiva, flexível, criativa, inovadora, tolerante e liberal que pudesse enfrentar a incerteza e a ambiguidade sem se perder, e que construíssem novos e viáveis significados para encarar as ameaçadoras mudanças ambientais (MOREIRA, 2005, p.10)

Diante do problema da complexidade (diferente de completude<sup>4</sup>), o trabalho em equipe ganha relevo e, no mesmo contexto, a formação interprofissional aparece como resposta às demandas sociais. O importante papel social das Instituições de Ensino Superior (IES), as levaram ao reconhecimento da insuficiência oriunda do saber disciplinar fragmentado em busca da abordagem ampliada, interdisciplinar e interprofissional em saúde, isso porque a interprofissionalidade cria novas possibilidades de ressignificações constantes e reinvenções das nossas ações, na perspectiva do ensino e do trabalho, direcionando às práticas plurais.

No Brasil, diferentes iniciativas contribuíram com as mudanças na formação dos profissionais de saúde. Como destacado nas palavras de Peduzzi et al. (2013), *“é antiga a busca por novos modelos de formação profissional na área da saúde no Brasil, capazes de conjugar múltiplas competências para a formação e para o trabalho em equipe interprofissional.”*

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo de cooperação internacional, aponta necessidade de mudanças dos padrões de formação de recursos humanos em saúde na região, a partir dos anos de 1960.

O primeiro instrumento jurídico de cooperação técnica OPAS-Brasil data de 1973 e já previa maior integração entre o sistema de formação de profissionais de saúde e serviços da rede assistencial do sistema de saúde que seria utilizada como recurso pedagógico, o estímulo à integração interprofissional e o desenvolvimento da integração docente assistencial. (PEDUZZI et al. 2013, p.5)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são marcos nas mudanças na formação das profissões da saúde, no âmbito da graduação, apontando para:

**4** - “O pensamento complexo sabe que o conhecimento completo é impossível. [...]. Ele é também animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor, e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento” (MORIN, 2011, p.7)

que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico [...] capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS [...] levando os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba reaprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos (BRASIL. Ministério da Educação, 2001, p.4).

Importante, aqui, apontar que as DCN passam por um momento de revisão e que o novo texto do curso de Medicina incluiu a aprendizagem interprofissional como objetivo da formação:

Aprendizagem Interprofissional - A reflexão sobre a própria prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde devem orientar a identificação e discussão de problemas no processo de trabalho em saúde, para possibilitar o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde. (BRASIL. Ministério da Educação, 2014, p.17)

Todavia, a implementação das DCN, embora esteja contribuindo para as mudanças na formação das profissões em saúde, ainda é incipiente e pouco evidencia as experiências relacionadas com as questões de: articulação entre ensino-serviço-comunidade; fortalecimento dos aspectos humanos da formação e das práticas; inovação dos métodos de ensino; integração curricular; diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem; educação permanente dos docente para o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo; formação para o protagonismo, o autocuidado e para abordagem centrada na pessoa. Assim, a qualificação da formação em saúde ainda se constitui como um grande desafio.

Alguns programas e projetos recentes envolvidos com a formação profissional na área da saúde no Brasil, no âmbito da graduação e da Educação Permanente, dialogam com a EIP: o projeto Vivência e Estágios na realidade do SUS - VER-SUS; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde e a Educação Permanente; todas políticas de indução de transformações na formação profissional em saúde desenvolvidas e financiadas pelo Ministério da Saúde, tendo sido implantadas no âmbito do Governo Lula (2003-11). Experiências Institucionais brasileiras em EIP encontram-se referidas no Relatório Global IPE: (Interprofessional Education: The Genesis of a Global Movement), de Barr (2015) e muitas outras experiências exitosas ainda não foram possíveis de mapeamento no país.

O VER-SUS busca promover a *“integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços [...] com equipes multiprofissionais de estudantes das 14 áreas da saúde, além dos cursos de administração hospitalar e administração de sistemas de serviços de saúde.”* (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005,

p.51). “O Pró-Saúde visa a incorporação da abordagem integral do processo saúde-doença, a promoção da saúde e ampliação da duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde no processo de formação na área da saúde.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). “O PET-Saúde tem o objetivo de fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço [...] de acordo com as necessidades do SUS.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

A Educação Permanente (EP) vem contribuindo para o estabelecimento da Educação Interprofissional e das Práticas Colaborativas, haja vista, que pelos seus espaços transitam profissionais (sempre aprendizes, na lógica da EP) e estudantes vivenciando os cenários de aprendizagem para o SUS, de diferentes áreas e categorias profissionais. Medeiros e Machin (2011) em seu estudo qualitativo-fenomenológico sobre a relação de ensino-aprendizagem nos espaços da gestão participativa na Atenção Básica evidenciou a efetividade do enfoque da Educação Permanente atrelada a *Metodologia Problematizadora*<sup>5</sup> combinada com a *Teoria Cognitiva de Aprendizagem de David Ausubel*<sup>6</sup> e da *Aprendizagem Significativa Crítica*<sup>7</sup> para o estabelecimento da Educação Interprofissional e das Práticas Colaborativas. O que produziu um quadro de competências interprofissionais com evidências do contexto das práticas (no cenário nacional), a partir da concepção dos próprios trabalhadores, e foi nomeado como “Esquema sintético das competências específicas e compartilhadas, apresentadas pelas subdivisões: Conhecimentos/Saberes; Habilidades/Saber Fazer e Atitudes/Saber Ser”. O alcance do desenvolvimento de competências comuns, específicas e colaborativas esteve relacionado com os pressupostos do ensino ativo, apresentados nesse mesmo estudo, em que o ato de ensinar foi desenvolvido sob três enfoques distintos:

**5** - Para o desenvolvimento do método problematizador utilizou-se o esquema pedagógico, proposto por Charles Maguerez - Esquema do Arco, em que “a aprendizagem se torna uma análise, a partir de múltiplas indagações, que resultam na pesquisa por se buscar maior compreensão da estrutura dos problemas e de suas consequências. Surgem hipóteses que levam à escolha mais viável para o momento que vivem os participantes.” O resultado encontra-se na ação transformada por meio desse processo reflexivo-crítico, o que equivale a dizer, nas palavras de Davini: “Por meio de ações complementares e graduais de identificação, do estabelecimento de relações e reestruturação do pensamento, os sujeitos selecionam os seus pontos de observação e atenção, buscam coerência e marcam um novo rumo para sua ação” (DAVINI, 2009)

**6** - A Teoria Cognitiva de Aprendizagem diz respeito à utilização do seu conceito mais importante, o de aprendizagem significativa (AS). “Obviamente a AS é aprendizagem com significado. [...] É aquela em que o significado do novo conhecimento é adquirido, atribuído, construído, por meio da interação com algum conhecimento prévio, especificamente relevante, existente na estrutura cognitiva do aprendiz.” (MASINI; MOREIRA, 2008, p.15-17). Ainda na perspectiva do cognitivismo foi considerado que a aquisição e os usos de conceitos e a solução de problemas sobrepõem-se em muitos sentidos, porque a solução de problemas muitas vezes requer reorganização drástica de conceitos existentes na estrutura cognitiva.

**7** - Aprendizagem Significativa Crítica (ASC) proposta por Marco Antonio Moreira (2005) como referencial para organizar o ensino como uma atividade subversiva, no sentido proposto por Postman e Weingartner (1969). “É aquela perspectiva que permite ao sujeito fazer parte da sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela. Trata-se de uma perspectiva antropológica em relação às atividades de seu grupo social [...] É através da ASC que o aluno poderá fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, não ser subjugado por ela” [...] e poderá lidar construtivamente com a mudança sem deixar-se dominar por ela (MOREIRA, 2005, p.18).

1. Quando identificado que o problema-chave da relação de ensino-aprendizagem está na trajetória de superação da passagem da situação de objeto a sujeito por parte do aprendiz, o ensino deve ter como foco principal o ato de desbloquear o potencial criativo das pessoas; 2. Num segundo momento, em que a situação-chave é manter o outro como sujeito, o foco do ato de ensinar está na capacidade de criar oportunidades e desafios às pessoas; 3. No terceiro momento, o ensino forma o sujeito e o sujeito reforma o ensino. Esse momento é marcado pelo protagonismo dos diferentes atores sociais envolvidos, possibilitando que o foco do ato de ensinar nesta etapa seja o de fazer cultura (MEDEIROS, 2015, p. 114).

O enfoque da Educação Permanente supõe a incorporação do ensino e da aprendizagem no espaço do trabalho<sup>8</sup>:

no contexto real em que ocorrem [...] colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação [...] abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação evitando a fragmentação disciplinar (DAVINI, 2009, p.44).

No âmbito da pós-graduação, destacam-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). Historicamente, no Brasil, a modalidade de ensino denominada Residência *“consolidou-se como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade, por prática liberal individual, curativa e privada, características desta profissão da área da saúde no país”* (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

*“A Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu voltada às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado pelo ensino em serviço e pautado na efetivação do SUS.”* (BRASIL. Ministério da Educação, 2012)

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde *“são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais.”* (BRASIL. Ministério da Educação, 2009)

A relação de ensino-aprendizagem no âmbito das Residências Multiprofissionais são propostas em consonância com a lógica da EP e assemelha-se aos pres-

**8** - A pesquisa empreendida revelou que o espaço de trabalho muitas vezes é a mais rica fonte de uma forma complexa de aprender (MEDEIROS, 2015, p.199)

supostos da Educação Interprofissional pela compatibilidade com a necessidade da aprendizagem compartilhada para o trabalho conjunto; de atuação em equipe; constituição de integração com os profissionais e sujeitos da atenção; da atuação colaborativa direcionada por objetivos comuns em sinergia; pelo exercício da integralidade, entre outros. Os programas de Residência Multiprofissional também visam o desenvolvimento de competências para práticas efetivas no SUS.

Em artigo sobre EIP, Reeves (2016) refere que há estudos que indicam maior eficácia da EIP após a graduação *“pois os participantes possuem uma maior compreensão de sua identidade profissional e do seu papel”* (REEVES, 2016, p.187). Entretanto, pouco se produziu cientificamente acerca da caracterização da pós-graduação em saúde como estratégia de educação colaborativa.

Miranda Neto (2015) realizou análise documental dos projetos político-pedagógico (PPP) de seis Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) oferecidos no estado de São Paulo e revelou um cenário heterogêneo no que diz respeito ao currículo, organização didático-pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados. A análise dos PPP, mediante um conjunto de questões que permitiu avaliar a qualidade da EIP nos contextos educacionais, apontou a necessidade de ajustes relacionados com a implantação, condução e avaliação da EIP de forma articulada entre todos os níveis (micro, médio e macro), para que o processo de formação seja efetivo.

#### ESPAÇO/TEMPO: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA E RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS (2013-2017)

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária (RMSC&AP) é estabelecida em 2013, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ela não resulta da criação de um novo curso, mas representa continuidade de um processo formativo voltado à preparação de profissionais de diferentes áreas para atuar no sistema de saúde, que já estava em curso desde meados dos anos 1980. A iniciativa era denominada Programa de Aprimoramento e Especialização em Saúde Coletiva - Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da USP, articulada a partir da então Coordenadoria de Aprimoramento de Pessoal do HC-FMUSP, atualmente Escola de Educação Permanente.

Esse programa fazia parte do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) concebido pela Secretaria do Estado da Saúde em parceria com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAPE) da Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo do Governo do Estado de São Paulo, visando

estimular a formação de recursos humanos para complementar e aprimorar a formação universitária de profissionais recém graduados em saúde. Criado em 11 de setembro de 1979 (Decreto estadual no. 13.919), ele instituía bolsas de estudo geridas pela Secretaria de Estado da Saúde. O credenciamento do Hospital das Clínicas ocorre em 1983 e, em 1985, o Programa de Aprimoramento e Especialização em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva dava início à sua primeira turma.

O Programa visava formar profissionais com visão crítica e abrangente do sistema de saúde, da integralidade das ações, aptos para desenvolver atividades de organização, planejamento, controle, avaliação em atenção primária e serviços de saúde e do trabalho em equipes multiprofissionais. O curso era composto por atividades desenvolvidas por professores do Departamento de Medicina Preventiva e do Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã), com a realização de atividades articuladas com a Residência em Medicina Preventiva e Social, da Residência de Medicina de Família e Comunidade e do Programa de Aprimoramento e Residência em Administração Hospitalar. Inicialmente, foi organizado com duração de um ano e, posteriormente, passa para dois anos. Chegou a envolver dezesseis (16) profissionais como antropólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, educadores em saúde pública, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos e terapeutas ocupacionais.

É a partir desse contexto de formação e aperfeiçoamento dos profissionais para responder às necessidades de saúde da população, considerando as diretrizes e princípios do SUS e de modo a desenvolver uma compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos envolvidos, que se realiza a organização da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária. Com a aprovação do Ministério da Educação e Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, a residência passou a oferecer oito (8) vagas com bolsas contemplando as áreas de enfermagem, psicologia, odontologia, serviço social e terapia ocupacional. Em 2014, passa a operar com dez (10) vagas nas mesmas áreas.

A residência tem como cenário principal o Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa. Atividades também são realizadas em espaços comunitários, equipamentos de saúde e equipamentos sociais da região Oeste da cidade de São Paulo.

No ano de 2013, uma atividade desenvolvida ao longo do Estágio de Práticas de Avaliação de Ações em Programas da Atenção Básica, no âmbito da RMSC&AP, com um grupo de alunos sobre as diferentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos que formaram os diferentes profissionais de saúde que

integravam o Programa de Residência naquele ano, mobilizou curiosidade e reflexões entre os mesmos acerca das suas diferenças e compartilhamentos. Em função dessa experiência, decidiu-se integrar ao Programa uma nova disciplina intitulada Educação Interprofissional.

A nova disciplina de Educação Interprofissional entra no Programa, em 2014 e aparece como oportunidade inicial de apresentar/trabalhar/ promover o aprendizado sobre os outros, com os outros e entre si. Assim, entre os residentes do programa RMSC&AP e também com os residentes oriundos do Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva. Propõe que os residentes, ao final das 24 horas de discussão, estejam preparados para: a) descrever os conceitos de EIP e PC; b) reconhecer as competências específicas de sua formação profissional; c) reconhecer as competências comuns do campo da saúde coletiva e desenvolver competências colaborativas. Para tanto, utiliza como metodologia chave a discussão de casos clínicos, vividos pelos residentes, anteriormente ou durante o momento inicial da residência em práticas vividas no Centro de Saúde Escola Butantã, que incluem observações e análise de registros em prontuários. A avaliação dos residentes acontece na forma da construção de uma narrativa, produto de reflexão individual.

Espera-se que os objetivos trabalhados neste momento inicial, sejam entendidos às demais disciplinas e estágios que compõem o programa da residência. Isto é, que a percepção e o desenvolvimento das competências comuns, específicas e colaborativas avancem entre o grupo de residentes ao longo das atividades de todo o programa.

O último semestre do programa, chamado estágio profissionalizante, traz a oportunidade da interação com outros profissionais e serviços e resulta na produção de uma monografia. O objetivo do período de realização da profissionalização e da monografia é que o residente se concentre em uma área identificada como interessante para sua atuação após o final da residência, tomada como um período de formação em serviço e especialização *lato sensu* em atenção primária e saúde coletiva, considerando suas aspirações profissionais e acadêmicas.

## **○ O território de passagem: a experiência Quem sou? Quem é o outro?**

Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária. Ano de 2014, segunda turma, composta por oito residentes de quatro categorias profissionais. Disciplina de Educação Interprofissional. Foi proposto um momento inicial de auto(re)conhecimento: olhar um espelho que refletia não somente uma

imagem estática do momento presente, mas toda uma trajetória. Proposta de leitura das DCN para cada formação, resgate histórico da profissão e trocas entre os colegas de mesma categoria. A imagem que cada uma via era um caminho trilhado de forma singular: histórias pessoais, instituição na qual se graduou, escolhas profissionais e curriculares. O reflexo era sua identidade profissional. Segundo momento: trazer ao espaço comum a ciência das competências de cada profissional. Pausa. Estranhamento, surpresa e questionamento. Momento de desconstruir para reconstruir. Não se trata simplesmente de novos conhecimentos; o contato com o ser e fazer do outro traz desconforto, inclui afetos e “estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações” (CECCIM; FERLA, 2009). A partir desse momento, desafios que seriam vividos ao longo de toda residência: reconhecer as competências comuns do campo da saúde coletiva e desenvolver competências colaborativas para o aprimoramento desse campo.

Quando se pensa na proposta de trabalhar com competências, Lima (2005) traz a abordagem dialógica da competência, na qual a construção de significado parte da aprendizagem baseada na integração teoria-prática. A autora complementa que é na reflexão e na construção de teoria, a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades.

## ○ Quem sou com o outro? ○ que podemos ser juntos?

A busca por tais competências se estenderam por cada atividade proposta e exigida na formação da residência. Nos projetos em grupos, no lidar com situações reais encontradas nos diversos serviços acompanhados ao longo do programa, adicionado ao lidar com as relações pessoais, as posturas e convicções profissionais, para chegar à um fim, a ser definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção (PEDUZZI, 2001). Os cenários sempre mudando: UBS com modelos assistenciais diversos, ONG, Núcleo de Vigilância, Centros de Referência, Redes de Apoio, entre tantos outros. E com eles, acompanhava o desafio de se reconhecer, de reavaliar as relações e ações, de continuar: a aprendizagem interprofissional. Um caminho longo, com muitas dificuldades, inclusive a tentação pelas certezas - mesmo considerando que toda experiência de certeza é um fenômeno individual e incompleto em relação ao processo do outro, de forma solitária, que só é superada no mundo que criamos junto com o outro (CECCIM e FERLA, 2009). Entender o seu fazer junto ao fazer do outro e entender o fazer junto ao outro. Para isso é necessário que se confie, que se perceba e se comunique, que haja trabalho coletivo, relações recíprocas, intervenções e interações (PEDUZZI, 2001).

No caminho de adquirir a interação desejada, o reconhecimento das co-

nexões entre as ações realizadas por um ou, dois ou todos membros da equipe, busca estabelecer pontes, ligações, que exigem a mediação da linguagem, a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários, com a combinação dos saberes técnicos sobre os processos de saúde-doença em suas múltiplas dimensões, remetendo à integralidade da saúde (PEDUZZI, 2007). Nesse sentido, do período do estágio profissionalizante, veio uma rica vivência: a exploração de campos variados com visitas técnicas a quatro municípios de regiões e realidades diferentes, nas quais a residente observou diversas atividades em serviços distintos, coordenadas por diferentes secretarias municipais (Secretarias Municipais de Cultura, Esporte e Lazer, Saúde e Planejamento e Administração). Ao final, foi possível entender que a Educação Interprofissional é essencial para fazer acontecer a intersetorialidade, por meio da capacidade de reconhecer as ações de colaboração da saúde com os demais setores de governo e da sociedade, assim como do planejamento e articulação de ações que tenham intenção de ter um caminho em comum. Criar sinergia dentro e fora das relações da saúde, buscando, assim, garantir a integralidade da mesma.

O processo da construção do comum, permite reconhecer a potência dos aprendizados e as mudanças geradas a partir do encontro e do fazer com o outro. As relações construídas, as experiências vividas e o trabalho resultante desse desafio trazem a conquista da autonomia técnica, da liberdade das ações e do sentido, no fazer profissional junto ao outro, pois estão alinhadas nas competências da prática interprofissional.

## Referências

BARR, Hugh; GRAY, Richard; HELME, Marion; LOW, Helena; REEVES, Scott. *Interprofessional Education Guidelines 2016*. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**, Reino Unido, 2016, p.5.

BARR, Hugh. The Genesis of a Global Movement. In: **Interprofessional Education**. CAIPE. Fareham, England, 2015.

BARR, Hugh. **Interprofessional education, today, yesterday and tomorrow - A review**. Commissioned by The Learning and Teaching Support Network for Health Sciences & Practice from the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, Greenwich, 2005, p.16. Disponível em: <[https://www.unmc.edu/bhecn/\\_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf](https://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf)> Acesso em: 30.07.2017.

BENJAMIN, Walter. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. **Obras escolhidas**, Volume 1 - página 15, 7a edição, Editora Brasiliense, 1994.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. v 19, p 20-8, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina**, Brasília, Ministério da Educação, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **EducarSUS**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2 de abril de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Diário oficial da União: Brasília: 2009.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. Consortium pan-canadien pour l'interprofessionnalisme em santé. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg, FERLA, Alcindo Antônio.; Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras - **Trab. Educ. Saúde**, Nov. 2008/fev. 2009 - v.6 n.3, p. 443 - 456.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil, MS. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, Série Pacto pela Saúde, vol. 9, 2009.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde - **Interface- Comunic.**, saúde, Educ., v.9, n.17, p. 36979, mar/ago 2005.

MASINI, Elcie F. Salzano; MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos**.

São Paulo: Vetor, 2008.

MEDEIROS, Nara Maria Holanda de; MACHIN, Rosana. **Educação Permanente como Dispositivo de Gestão: A Concepção dos Profissionais de Saúde da Família do Conselho de Acompanhamento da Atenção Básica (CONACO)**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade Federal de São Paulo - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS, 2011.

MEDEIROS, Nara Maria Holanda de. **Educação Permanente em Saúde: Gestão e Ensino na Concepção dos Trabalhadores**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2015.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de. **Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2015. 204 p.

MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem Significativa Crítica/Aprendizaje Significativo Crítico**. Porto Alegre: Marco Antonio Moreira, 2005.

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20)>. Acesso em: 31 jul. 2017.

PEDUZZI, Marina; NORMAM, Ian James; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Geisa Colebrusco de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev.esc.enferm.** USP, São Paulo, v.47, n.4, Aug. 2013.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2007. p. 161-177.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulos, v35(1) p.103-109. 2001.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 20 (56), p. 185-196, 2016.

# ○ Educação permanente em saúde como ferramenta de integração ensino-serviço de saúde do município de Sobral - CE

11

**Edmilson Ferreira Bezerra Filho**  
**Francisco Robson Pereira Bezerra**  
**Cyntia Monteiro Vasconcelos**

## ○ Introdução

Os desafios atuais presentes nas políticas sociais vêm impondo uma reflexão ampla sobre as conquistas sociais pelo direito à saúde da população brasileira. Com base na lei 8.080/1990, tendo as diretrizes que vem com o objetivo de resguardar e promover a saúde presente no Sistema Único de Saúde (SUS), porém, é notório a dificuldade dentro dos serviços de saúde e conseqüentemente a fragmentação dos setores e a fragilidade das ações de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009; KALICHMAN; AYRES, 2016). Neste pensamento, a busca por novos conhecimentos para ampliar os aspectos humanistas e, também, a necessidade de novas metodologias e tecnologias são fundamentais para um serviço de qualidade.

Nesta perspectiva, para Campos et al. (2016) é necessário olhar para o nosso passado e vislumbrar estratégias promissoras que ajudam a fortalecer propostas para a luta pelo SUS, pelo direito universal à saúde e pela reconstituição dos saberes e práticas em saúde.

Uma dessas estratégias nos levam a Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS se instituiu pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004 na Portaria de n. 198, visando a EPS como estratégia para o SUS, sendo uma ferramenta importante para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no contexto do setor da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004). Em seguida, com portaria de nº 1.996, em 2007, a PNEPS definiu novas estratégias organizacionais para a implementação da política (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a melhor forma de transformar as práticas dos profissionais de saúde, pois a mesma possibilita na incorporação do aprender e ensinar, em outras palavras, é vista como aprendizagem-trabalho. Então, a EPS se torna eficaz e também atua no local de trabalho, logo que é feita por troca de saberes entre as equipes de saúde.

A EPS se evidencia no encontro dos profissionais por meio de problematização presente nos processos de trabalho, portanto, as vivências no setor da saúde e comunidade ampliam o conhecimento específico e, conseqüentemente, no desenvolvimento dos trabalhadores e no processo ensino-aprendizagem, entretanto, o papel da EPS é a transformação das práticas e dos serviços de saúde prestados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009; SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015).

A EPS no município estudado refere-se a ações educativas em profissionais com o apoio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), por meio de capacitações didático-pedagógico, no qual seu principal propósito é o aprimoramento do ensino e trabalho evidenciando suas práticas nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na melhoria do serviço (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008; NOGUEIRA et al., 2010; SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015). Através da EPS, a RMSF articula os processos pautados nas vivências destes profissionais possibilitando a troca de saberes e, também a reflexão coletiva.

Os profissionais têm a percepção da EPS como sendo um meio de capacitação, processo de atualização para os mesmos, adquirirem novos conhecimentos e novas práticas de atuação, logo que tem como organização a formação contínua (SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015).

A EPS é fundamental para o fortalecimento e estratégias do SUS, logo sendo uma ferramenta de mudanças para o setor da saúde que também consiga articular e promover os princípios do SUS, ocasionando na transformação da práxis dos profissionais por meio da RMSF local (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008). Entretanto, os modelos technoassistencial e biomédico estão presentes na ESF, tendo uma racionalização do conhecimento dos profissionais e tendo a compartimentalização dos indivíduos, sem nenhuma discussão entre a equipe de saúde (ANDRADE et al., 2004). Então, a articulação da EPS nos setores de saúde com encontro do mundo do trabalho, formação e expediente do ambiente de trabalho entrelaçando com novos conhecimentos irão contribuir para a interdisciplinaridade.

É necessário o uso da EPS nos serviços de saúde, logo, dando ênfase em novas tecnologias e comunicação de informações, sendo que esses recursos devem

ser vistos e realizados de forma eficiente e, conseqüentemente, na melhora do sistema de saúde (PAIVA et al., 2015). Então a EPS é uma ferramenta que utiliza meios pedagógicos e possibilita na ligação teoria e prática no local de trabalho (PAIVA et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2010).

A relevância do estudo se dá pelo fato da EPS ser uma ferramenta fundamental para as práticas interdisciplinares e intersetoriais e, conseqüentemente, enaltecer e fortalecer os princípios do SUS e, também, preparar os atuantes do serviço para situações do cotidiano. Portanto, para o desenvolvimento do estudo, foi feita uma questão norteadora da pesquisa que é como se tem desenvolvido nos periódicos nos anos de 2008 a 2017 no que tange a temática de educação permanente com ênfase nos campos de atuação dos profissionais de saúde?

Este estudo busca ser um instrumento de informação, tanto para o acadêmico como para os profissionais inseridos nos serviços de saúde, que visam conhecer o SUS. Para isso, a EPS incentiva e transforma o profissional da saúde a se destacar em seus serviços no processo de trabalho. Portanto, este estudo teve como objetivo identificar e analisar produções científicas sobre o histórico da EPS como estratégia para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Sobral - CE.

## ○ Metodologia

No presente estudo, realizou-se uma pesquisa exploratória do tipo revisão integrativa de artigos publicados na literatura científica e na revista *Sanare*. O método de revisão integrativa é relevante para a prática voltadas em evidência, pois o mesmo permite analisar várias pesquisas científicas localizadas na literatura com diferentes metodologias, tanto sendo quantitativa e/ou qualitativa e, conseqüentemente, ligando trabalhos distintos, sendo estes experimentais e/ou teóricos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Então, o método utilizado permite ao autor uma análise analógica e ampla da literatura científica e, principalmente, contribui para novas pesquisas futuras.

Para o levantamento do estudo foi feita uma busca em pesquisas bibliográficas sobre educação permanente no município de Sobral - CE. Então, o motivo da escolha pelo estudo no município de Sobral recaiu em decorrência deste ser referência em EPS e, também, pelo município ter a presença da EFSFVS, onde os profissionais têm uma ampla linha de conhecimento e pesquisa e, também, se deu ao interesse de saber como estão sendo desenvolvidas as ações de EPS do município.

Em 06 de julho de 2001, foi inaugurada a EFSFVS com a finalidade de promover ações educativas ao sistema de saúde do município de Sobral - CE.

A EFSFVS surgiu como a primeira escola local com essa característica, então veio com o propósito de mudanças profundas vigentes aos desafios encontrados na Atenção Básica (SOBRAL, 2013). Então, a EFSFVS realiza e coordena o programa de RMSF que tem apoio da Prefeitura do município estudado e da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Entretanto, o programa de residência desencadeou na criação da Escola de Saúde do Município (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008; SOUZA et al., 2008).

De acordo com o Censo (IBGE, 2010), o município de Sobral tem uma população de 188.233 mil habitantes com densidade populacional de 88,67 habitantes por km<sup>2</sup>, e uma estimativa para o ano de 2016 de 203.682 pessoas, com 69 estabelecimentos de saúde do SUS. Tendo 56 equipes de saúde distribuídas em 31 Centros de Saúde da Família, sendo 18 na sede para 13 nos distritos de Sobral (SOBRAL, 2013). O cenário estudado se situa na região noroeste do Ceará.

A busca dos artigos na literatura, procedeu-se nas bases de dados SCIELO e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Entretanto, para ter o maior aprofundamento da temática procedeu-se uma nova busca específica para o periódico *Sanare*, a revista é voltada a área da saúde coletiva e políticas públicas com aspectos interdisciplinar, logo a mesma tem periodicidade semestral e, também, é coordenada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde da EFSFVS, além de conter várias pesquisas sobre a região onde se localiza (Sobral - CE). Nesse levantamento específico na *Sanare* selecionou-se 11 artigos.

O levantamento de dados reuniu artigos de publicação nacional, disponíveis na base eletrônicas de dados dos periódicos *Saúde Brasileira* entre os anos de 2008 a 2017. Portanto, o propósito do recurso metodológico de pesquisa foi obter uma profunda compreensão e, também, o entendimento de uma determinada área de estudo baseando-se em pesquisas científicas anteriores.

Para isso, foi feita a busca a partir dos seguintes descritores: Educação Permanente, Educação continuada. Então, logo após a coleta dos estudos, foi feita uma análise dos temas sobre a educação permanente no município de Sobral - CE, o estudo apresenta como principais focos: a melhoria dos serviços de saúde prestados à população do município estudado e conseqüentemente nas capacitações dos profissionais presentes nos serviços. O período de busca dos artigos foi entre a segunda e a terceira semana do mês de junho no ano de 2017. Então, os artigos foram lidos exaustivamente e relidos caso fosse necessário, sendo todos analisados detalhadamente e de forma crítica.

A apresentação dos resultados da revisão integrativa se deu a partir de quadros, discussões e porcentagens sobre a temática abordada.

## Resultados e discussão

O presente estudo busca evidenciar pela Literatura científica e, principalmente, nos periódicos da Revista de Políticas Públicas Sanare, dessa forma, o levantamento dos artigos se deu pela temática abordada sobre Educação Permanente no SUS do município estudado e, em seguida, essas coletas de dados foram analisadas e interpretadas para serem incluídas na revisão integrativa.

Para ter bons frutos do presente estudo é primordial seguir princípios de rigor metodológico, clareza sendo a mesma de forma objetiva para chegar na apresentação dos resultados. Em seguida a tabela abaixo ilustra o número de artigos selecionados e refletidos e analisados para o estudo.

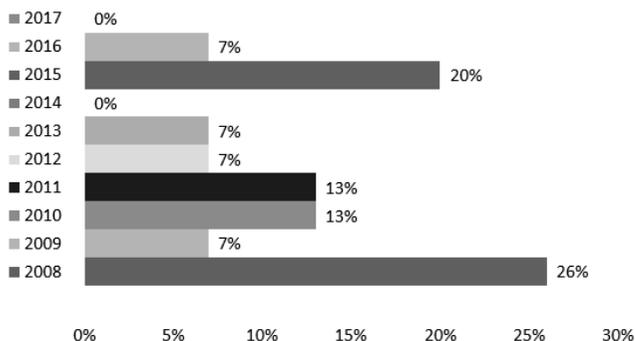
**Tabela 1** - Percurso de seleção dos artigos na revisão.

Banco de Dados	Descritores	Data	Encontrados	Excluídos	Selecionados
LILACS BDENF MEDLINE Periódico (Sanare)	Educação Permanente. Educação Continuada.	2008 a 2017	563	548	15
<b>Total</b>	<b>15 ARTIGOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO</b>				

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Foram identificados 563 artigos, os mesmos foram analisados e relidos. Os artigos se encontram em três revistas da saúde brasileira no que tange a temática baseada nos descritores proposto. Logo, apenas 15 artigos foram selecionados para o estudo sendo que os artigos abordaram o assunto, no período de 2008 a 2017.

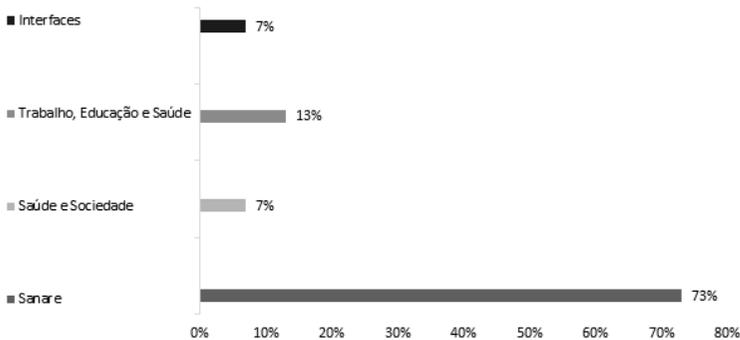
**Gráfico 1** - Ano de publicação dos artigos.



**Fonte:** Elaborada pelos autores

O gráfico mostra que no ano de 2008 apresentou um elevado número de artigos publicados e, logo em seguida o ano de 2015. No entanto, os anos de 2014 e 2017 não tiveram nenhum estudo presente na literatura científica. Nesta perspectiva, os artigos foram publicados nos periódicos: "Sanare", "Saúde e Sociedade", "Trabalho, Educação e Saúde" e por fim na "Revista Interfaces". Logo abaixo, está um gráfico sinalizando a porcentagem de publicações, de acordo com o período e as revistas. Logo abaixo, abordará em um gráfico as relações dos artigos nas revistas listadas.

### Gráfico 2 - Periódicos referentes as publicações.



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Foram encontrados mais estudos no que tange a temática de educação permanente em saúde na revista Sanare. Os achados nos estudos encontrados mostram que na prática a EPS, muitas vezes, aparece no cenário dos profissionais nos serviços de saúde para incluir uma nova função ao seu mundo laboral e, também, com a justificativa de uma atuação superficial dos profissionais, e sem muita clareza do objetivo da atividade profissional. Nesta perspectiva, a política municipal de educação permanente foi elaborada e iniciada, no ano de 1997 (SOUZA et al., 2008).

A EPS também está presente no programa de RMSF sendo que o mesmo convida os profissionais com o propósito de participação ativa e, conseqüentemente, na interação entre os saberes e responsabilização entre os profissionais com o serviço (CARVALHO; NEPOMUCEMO, 2008).

No município de Sobral/CE acontecem ações com relação a EPS, tanto em nível fundamental ao superior para atuar na ESF no âmbito metodológico e aprendizagem para o processo de trabalho pautadas na questão da participação e controle social e, conseqüentemente, contribuindo para a promoção da saúde (NOGUEIRA et al., 2010). Com a RMSF possibilitou-se uma melhora na formação e, conseqüentemente, na atuação dos profissionais frente ao serviço.

A primeira turma de RMSF se iniciou em 1999 objetivando capacitar esses profissionais de saúde e evidenciando a EPS como ferramenta contra o modelo de saúde tradicional e também para atuarem na Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUZA et al., 2008).

A falta de formação dos profissionais para assumir novas práticas era um obstáculo encontrado pelo Sistema Municipal de Saúde de Sobral - CE e, conseqüentemente, resultou na estruturação da EPS nos processos de qualificação dos profissionais de saúde provocando uma reflexão coletiva no local de trabalho (PINTO et al., 2008).

Segundo Carvalho, Almeida e Bezerra (2016), o modelo tradicional de saúde ainda é visto nas práticas dos profissionais presentes nos serviços de saúde. É preciso está presente a EPS como forma de transformação, mudança e inovação nas práxis dos profissionais. Então, Carvalho, Almeida e Bezerra (2016) afirmam que é preciso uma nova percepção e repensar nas práticas dos profissionais que transforme e modifique esse cenário, em consequência, melhorando a compreensão do contexto ampliado da saúde.

Então, a EPS contribui como uma forma transformadora em profissionais e gestores e, conseqüentemente, nos processos formativos e na organização dos serviços, possibilitando a intersectorialização das ações (SOUZA; BRANDÃO; PARENTE, 2015). Com o mesmo pensamento, os mesmos autores ressaltaram a EPS faz aproximação do conhecimento se manifesta em situações vivenciadas na rotina de trabalho, sendo assim, torna a EPS relevante para a transformação dos serviços.

De acordo com o Carvalho, Almeida e Bezerra (2016), as ações educativas voltadas à saúde ocasionam na mobilização dos profissionais, sendo capazes de produzir de forma eficaz, logo com a soma e a troca dos conhecimentos entre as equipes multiprofissional.

Neste pensamento, o autor afirma que a execução da EPS parte por meio da articulação entre o processo de trabalho e também do que precisa ser transformado, logo que os processos educativos são capazes de melhorar e contribuir para novos conhecimentos (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016). Para isso, os servidores do sistema devem partir de atitudes que são geradas em determinadas situações, tendo em vista que esse ato/posicionamento influenciará na qualidade do serviço.

O caminho educativo para os trabalhadores somará em novas práticas e conhecimentos. Nesta perspectiva, Souza et al (2008) sinalizam que a vivência com a EPS no ambiente de trabalho melhora e fortalece os princípios do SUS, além de propiciar aos profissionais a ampliação de novos conhecimentos e, conseqüentemente, em um novo modo de agir diante de problemas encontrados nos serviços de saúde.

A EPS utiliza métodos que envolvem práticas e saberes e tem como resultados novos valores. Então, se fazem necessárias ações que consolidem o novo modo de organização e também as novas práticas dos trabalhadores, logo é insubstituível um novo perfil de profissional na construção de novos conhecimentos adquiridos com ajuda da EPS (NOGUEIRA et al., 2010).

A seguir, apresentam-se os eixos categóricos que foram discutidos nos artigos analisado sobre a educação permanente em Sobral - CE.

**Quadro 1:** Categoria temática dos resultados encontrados nos estudos.

ARTIGOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	RESULTADOS ENCONTRADOS
1	PINTO et al.	2008	É necessário avaliação contínua das fases dos processos dos profissionais durante a EPS.
2	MARTINS JUNIOR et al.	2008	Nova pedagogia com princípio de participação e organização.
3	SOUZA et al.	2008	A política da EPS assume seu papel formulador de políticas públicas e incrementarão do desenvolvimento profissional.
4	SOARES et al.	2008	Apresenta a história do Sistema Saúde Escola de Sobral.
5	SOUZA et al.	2009	EPS contribuir para o controle social no município de Sobral.
6	BALBINO et al.	2010	Permanência dos trabalhadores no processo de EPS para o alcance de uma prática eficiente e transformadora.
7	NOGUEIRA et al.	2010	Não foram encontradas ações direcionadas aos níveis de atenção secundários e terciários, entretanto é necessária uma ressignificação desta política em todos os níveis.
8	LIRA; LIRA; MACHADO.	2011	Realização das práticas dos profissionais no cenário da saúde voltados aos problemas da população.
9	SOUZA, M. L. T.	2011	A EFSFVS como promotora objetivando na qualificação dos profissionais.
10	PAGANI; ANDRADE.	2012	Estabelecer o papel da preceptoria e consolidar seu papel no município de Sobral.
11	LINHARES et al.	2013	Visão ampla dos alunos sobre as condições de saúde da população.
12	PEREIRA; REINALDO; ANDRADE.	2015	Proposta educativa para o profissional inserido na ESF, então recomenda-se essa estratégia ser aplicada em outros municípios.
13	PAIVA et al.	2015	Existência de lacunas principalmente no contexto em EPS.
14	SOUZA; BRANDÃO; PARENTE.	2015	Necessidade de conhecer a EPS em profissionais no seu cotidiano.
15	CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA.	2016	Estudo pode contribuir para reflexão e, também, contribuir para uma nova visão sobre a EPS.

**Fonte:** Elaborada pelos autores

A percepção dos profissionais diante das reflexões que a EPS possibilita a avaliação, não apenas para os profissionais, mas também para o controle social da comunidade. O sistema de saúde escola do município de Sobral se articula por ações baseadas pela EPS, sendo assim, proporciona novos saberes e práticas dos profissionais com vivências e, assim viabilizando em uma estrutura permanente e consolidada do sistema (SOARES et al. 2008).

Apesar dos avanços da EPS, é notório a existência de fragilidades e desafios nos processos educativos dos profissionais. Então é necessário ter em vista as limitações apresentadas no âmbito profissional e do modelo de saúde. Com isso, possibilitando na aproximação entre os profissionais e o ambiente de trabalho e, consequentemente fortalecendo o sistema de saúde (SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015; SOARES et al. 2008).

## ○ Considerações finais

Esse estudo averiguou o desenvolvimento da educação permanente nos serviços de saúde de uma cidade no interior do Brasil. Então, o estudo pode influenciar na melhoria da saúde em outros municípios do mesmo porte, além disto, favorecendo na intersetorialização e na interdisciplinaridade. Com isto, vale lembrar algumas recomendações: a necessidade de por parte dos educandos, a necessidade de apoio dos gestores em saúde para o fortalecimento da EPS como transformadora de práticas em saúde. E, com isso alinhar as práticas ao objeto de ação e as necessidades locais.

Por meio desse estudo observou-se nos resultados encontrados uma substancial escassez de estudos sobre a temática, em razão de o mesmo se tratar de um tema que é de suma importância não apenas para os profissionais e gestão, mas também para a organização dos serviços prestados à população.

Os discursos apontam a importância da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município estudado, para a capacitação e desenvolvimento pessoal dos profissionais e, assim sendo eficaz para a melhoria dos serviços prestados. Apesar das ações da EPS ainda perpassam no município dificuldades presentes nos profissionais no âmbito da saúde em lidar com situações novas presentes no local de trabalho.

Neste pensamento, a EPS garante ao profissional experiências construtivas que favoreçam na sua formação e possibilita ao serviço a resolubilidade dos problemas encontrados rotineiramente.

Acredita-se que com esse estudo pode-se colaborar com novo estímulos para

futuros estudos e também que possa contribuir para o pensamento e reflexão sobre o tema abordado, assim fortalecendo os aspectos humanistas dos profissionais de saúde e influenciando em novos investimentos a nível de processos educativos. À vista disso, o estudo foi de grande valor para a formação contínua e inovadora, sendo que a EPS serve tanto para a melhoria dos serviços de saúde prestados.

Então, é inevitável a discussão sobre a temática da EPS no que tange à saúde e A formação dos profissionais, ocasionando na mudança de condutas e resguardando o princípios e diretrizes do SUS, estes que são a Integralidade, Equidade e Universalidade. O processo da EPS se tem por meio da absorção de trocas de saberes realizadas por trabalhadores da saúde, porém, é preciso o compromisso individual e coletivo para serem conquistadas mudanças e rendimento profissional.

## Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JUNIOR, T. AMARAL, M. I.; PARREIRAS, P. C. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 33-39, 2004.

BALBINO, A. C.; BEZERRA, M. M.; FREITAS, C. A. S. L.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; DIAS, M. S. A.; PINTO, V. P. T. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 249-266, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/04, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: 2004.

CAMPOS, G. W. S.; BEDRIKOW, R.; SANTOS, J. A.; TERRA, L. S. V.; FERNANDES, J. A.; BORGES, F. T. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016.

CARVALHO, T. G. S; ALMEIDA, A. M. B; BEZERRA, M. I. C. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, p. 94 - 103, 2016.

CARVALHO, A. B; NEPOMUCENO, L. B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 31-37, 2008.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse>>. Acesso em: fevereiro de 2017.

MARTINS JUNIOR, T.; PARENTE, J. R. F.; SOUSA, F. L.; SOUSA, M. S. T. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-CE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 23-30, 2008.

LINHARES, M. S. C.; FREITAS, C. A. S. L.; TEIXEIRA, A. K. M.; DIAS, R. V.; FLOR, S. M. C.; SOARES, J. S. A.; CAVALCANTE, F. R. A. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 3, p. 679-692, 2013.

LIRA, R. C. M; LIRA, G. V; MACHADO, T. T. Impactos educacionais da atividade de territorialização na percepção dos estudantes do curso de medicina da ufc/sobral. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2013.

KALICHMAN, A. O; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NOGUEIRA, D. L.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; FREITAS, C. A. S. L.; VASCONCELOS, D. P.; BRITO, M. C. C. Educação permanente em saúde no município de sobral/ce: uma revisão integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 9, n. 2, p. 38- 60, 2010.

PAGANI, R., ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl 1, p. 94-106, 2012.

PAIVA, G. M. CAVALCANTE, A. S. P.; RIBEIRO, M. A.; VASCONCELOS, M. I. O.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; LINHARES, M. S. C. Estudo bibliométrico acerca da polí-

tica nacional de educação permanente em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 141-147, 2015.

PEREIRA, A. A.; REINALDO, A. M. S.; ANDRADE, D. C. L. Proposta educativa em saúde mental para enfermeiros da atenção primária à saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 17-26, 2015.

PINTO, V. P. T.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O.; FREITAS, C. A. S. L.; BEZERRA, M. M.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; LINHARES, A. K. N.; VIANNA, A. S. A. Análise do processo de Educação Permanente para os profissionais do SUS: A experiência de Sobral-CE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 62-70, 2008.

SOBRAL. **Quem somos**. Prefeitura Municipal de Sobral. 2013. Disponível em: <[http://www.sobral.ce.gov.br/site\\_novo/sec/saude/index.php/atencao-primaria/quem-somos](http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/saude/index.php/atencao-primaria/quem-somos)> . Acesso em: fevereiro de 2017.

SOARES, C. H. A.; PINTO, V. P. T.; DIAS, M. S. A.; PARENTE, J. R. F.; CHAGAS, M. I. O. Sistema Saúde Escola de Sobral - CE. **Revista Sanare**, v. 7, n. 2, p. 7-13, 2008.

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de Sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, p. 1-6, 2015.

SOUSA, M. L. T. Apoio matricial em saúde mental: uma proposta de educação permanente em saúde?. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 2, p. 28-33, 2011.

SOUZA, F. L.; PONTES, M. A. C.; LINHARES, A. K. N.; CAVALCANTE, A. N.; DIAS, M. S. A.; SOARES, C.; TAJRA, F. S.; TEXEIRA, E. H. A política municipal de educação permanente em Sobral-CE. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 14-22, 2008.

SOUZA, F. L.; PONTE, H. M. S.; PARENTE, J. R. F.; LOPES FILHO, J. O. Educação permanente para o controle social no sus: a experiência de sobral-ce. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, p. 12-17, 2009.

# Formação interprofissional em saúde mental: a potência do trabalho como espaço formativo

12

**Ana Carolina Cerqueira Medrado**  
**Liliane Elze Falcão Lins Kusterer**  
**Elizeu Clementino de Souza**

## Introdução

A VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe à tona o imperativo de articulação entre educação e saúde na formação dos profissionais da área, de forma a garantir a efetivação do sistema de saúde almejado pela Reforma Sanitária (BRUNHOLI, 2014). Pode-se vislumbrar repercussões desta proposta na Constituição Federal de 1988 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988), que coloca a formação de recursos humanos entre as competências do sistema de saúde, e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação profissional para o SUS não se restringe a um aspecto quantitativo responsivo à expansão do sistema; vai além, abrangendo, sobretudo, uma questão qualitativa, já que o conceito de saúde estabelecido exige trabalhadores comprometidos tanto com as evidências científicas como com os aspectos sociais que compõem a saúde (HADDAD et al., 2010; ALMEIDA FILHO, 2013).

Entretanto, a formação em saúde vem acontecendo de forma apartada das demandas do sistema, e hiper especializada, distanciada das questões políticas e ideológicas da Reforma Sanitária, tem visão pouco humanística e coaduna-se com um ideário liberal de saúde. Destarte, forma-se profissionais alheados da realidade de saúde do país, minando o SUS (HADDAD et al., 2010; ALMEIDA FILHO, 2013; BRUNHOLI, 2014).

Concernente ao campo da saúde mental, a formação também é problemática, sendo considerada um ponto frágil da Reforma Psiquiátrica (BEZERRA JR., 2007; DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). A equipe que compõe os serviços de saúde mental é multiprofissional, formada por diversos trabalhadores de saúde e de outros setores. Denota-se a complexidade das relações de trabalho e da formação de um corpo pro-

fissional para o campo que, além de ser composto por uma diversidade de atores, envolve os três níveis de atenção à saúde (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Sobre isto, Amarante (2008) destaca a relevância da formação humanística e salienta o compromisso político da Reforma Psiquiátrica, que não se restringe a uma reconfiguração de serviços, mas com a assunção de “outro lugar social para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade” (p. 68). Assim, o “profissional ideal” não será, necessariamente, aquele que domina o psicodiagnóstico ou determina a terapêutica, mas aquele comprometido com os sujeitos, disposto a colocar a “doença entre parêntesis”, como propôs Basaglia (2005).

Para garantir uma formação comprometida com tais princípios é preciso investir em políticas públicas que democratizem o apoio a programas de formação multidisciplinares, transdisciplinares e que predomine a formação em território (AMARANTE, 2008). Entretanto, a universidade tem caminhado na contramão dessa proposta, com destaque para as práticas de estágios que privilegiam as instituições fechadas ao invés de dialogar com a comunidade, assumindo como campo os hospitais psiquiátricos, serviços que se contrapõem ao ideal reformista (AMARANTE, 2008).

Além disto, a formação para o campo enfrenta três desafios: carência quantitativa de trabalhadores para atender à expansão dos serviços; ajuste da formação ao atual modelo de cuidado em saúde mental; capacitação dos trabalhadores que estão atuando (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Uma alternativa para esse panorama seria a adoção de ações problematizadoras, que adotam os serviços de saúde como espaço formativo. Abrahão e Merhy (2014) afirmam que o campo da formação em saúde abriga a disputa de dois movimentos concorrentes: um que crê a prática pedagógica apenas através da ciência aplicada; e outro que toma as ações de saúde, os espaços de encontro micropolítico entre trabalhadores e usuários, como férteis para o ensino/aprendizagem. Este ensino contextualizado dá outra configuração à educação, libertando-se da dimensão conteudista e disciplinar, abrindo espaço para a experiência, que emerge como afetos e novos sentidos, como transformação dos sujeitos e das práticas de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Uma educação que adotasse tais feições estaria em consonância com a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma das estratégias do Ministério da Saúde para adequar a formação profissional às demandas do SUS. Para além de um “reparo” de déficits educativos ou de uma atualização profissional, a EPS é um projeto político pedagógico com o intuito de transformação das práticas, articulando o saber técnico científico à ética, à transformação dos sujeitos e de seu entorno. Alinha-se à aprendizagem significativa, conectada com o cotidiano e relevante socialmente: “será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas

em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise” (CEC-CIM; FERLA, 2009). Consolida-se ainda como política a partir da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) e pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Neste sentido, a EPS pode ser uma alternativa aos problemas referentes aos recursos humanos nos serviços de saúde mental. Acreditando nisto, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas estratégias, como o financiamento de programas de residência que tenham como campo de atuação os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tanto no caso das residências em psiquiatria, mas, sobretudo, nas residências multiprofissionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A proposta do Ministério é priorizar programas de residência que levem à superação do paradigma manicomial.

Uma inovação entre os programas de residência encontra-se nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), justamente por conta do caráter de formação interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2013). Consoante com Batista (2012) define-se educação interprofissional (EIP) como: “[...] oportunidades de treinamentos conjuntos para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas. Enfim, ocasiões nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras” (p.26). Neste sentido, a EIP é válida tanto para o contexto da graduação quanto da EPS (PEDUZZI *et al.*, 2013; BATISTA, 2012).

Considerando a proposta interprofissional do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a afinidade entre a EPS e a EIP, objetiva-se analisar a educação interprofissional como potencial transformadora de práticas e de profissionais do campo da saúde mental.

## **O Metodologia**

Este artigo é derivado de uma pesquisa de mestrado em que se realizou um estudo qualitativo, tendo como campo um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) de Salvador que tem caráter docente-assistencial.

Realizou-se entrevistas narrativas, que se caracterizam como entrevistas em profundidade e não estruturadas, nas quais deve haver poucas intervenções do entrevistador em prol do desenrolar das narrativas dos informantes (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Assim, totalizou-se nove entrevistas, todas conduzidas pela autora principal no próprio CAPS, com exceção de uma, realizada na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, devido à disponibilidade do entrevistado. Todas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A produção de dados também contou com observações da dinâmica do serviço e dados oriundos de documentos elaborados pelo CAPS. A imersão no campo durou oito meses.

Os critérios de inclusão dos informantes na pesquisa foram: atuar no referido CAPS, seja como profissional efetivo, seja como residente e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE. Os informantes da pesquisa foram seis homens e três mulheres, de idades entre 26 e 61 anos. Entre estes, três eram residentes de programas multiprofissionais, sendo dois educadores físicos e uma psicóloga. As áreas de concentração da residência eram saúde da família (os dois educadores físicos) e saúde mental. Entre os profissionais do serviço, foram entrevistados um enfermeiro, um psicólogo, um artista plástico autodidata, uma licenciada em biologia e química e dois redutores de danos, estes últimos sem formação universitária. Os informantes foram identificados por números para preservar a confidencialidade da pesquisa. Devido ao caráter interprofissional do campo da saúde mental, não se identificou a necessidade de especificar a profissão dos sujeitos nas narrativas.

A análise das narrativas se deu a partir da hermenêutica de Ricoeur (2011) que afirma que a interpretação propõe uma dialética entre compreensão e explicação, como um movimento que vai da primeira para a segunda: “Da primeira vez, a explicação será uma captação ingênua do sentido do texto enquanto todo. Da segunda, será um modo sofisticado de compreensão apoiada em procedimentos explicativos” (RICOEUR, 2011, p. 105).

Identificou-se duas categorias: *onde trabalho e educação se encontram*, em que são exploradas narrativas que identificam espaços educativos no âmbito do trabalho; e o *trabalho como transformador de práticas e sujeitos*, que demarca as narrativas sobre transformações dos sujeitos e suas práticas a partir da experiência do trabalho.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, parecer nº 1.443.135/16, seguindo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## ○ Onde trabalho e educação se encontram

No discurso dos investigados, foi corrente a menção a uma formação que se faz pelo e durante o trabalho. Foram apontados os seguintes espaços/ferramentas de intersecção entre educação e trabalho: reuniões de equipe, sejam as gerais envolvendo toda a equipe, sejam as com categorias específicas de trabalhadores, e as reuniões de Projeto Terapêutico Singular (PTS); matriciamento; e a RMS.

O CAPS investigado realiza reunião geral de equipe uma vez por semana,

reuniões de PTS duas vezes na semana e reuniões da equipe de redutores de danos uma vez na semana. Todos esses espaços foram reconhecidos como lugar de incremento de saber.

As reuniões gerais do CAPS são compostas por todos os profissionais do serviço, incluindo também os estudantes e residentes. A partir de análise de documento institucional constatou-se que a reunião geral é mencionada como um espaço de EPS para a equipe. Conforme o documento, a reunião é dividida em dois momentos: na primeira metade são discutidos aspectos administrativos e informes; nas duas horas seguintes acontece o Fórum Clínico Institucional que é definido como atividade clínico-pedagógica na qual são articuladas discussões teóricas à casos clínicos/institucionais do CAPS. Este último momento tem o intuito de promover a educação da equipe e dos estagiários e residentes, e conta com supervisão externa no auxílio às discussões de casos. Silva et al. (2013), em estudo sobre a formação de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, encontraram que as supervisões clínicas/institucionais são uma valiosa ferramenta de EPS, sendo importante tanto na resolução de casos mais complexos quanto na integração da equipe.

Os profissionais do CAPS e os residentes também referiram acreditar que as reuniões são um loci educativo, apontadas como adequadas até para a discussão de textos. Contrapondo os achados deste estudo, Lima, Santos e Araújo (2015) relataram que residentes de saúde mental inseridos em diversos tipos de CAPS de Salvador não citaram as reuniões de equipe como espaços de aprendizagem. As reuniões se limitavam às discussões de problemas burocráticos como cronogramas de atividades e a participação dos residentes era limitada, reduzindo-se ao debate sobre algum caso clínico sob acompanhamento.

As reuniões de PTS também foram referidas como momento de intersecção entre trabalho e educação. Um dos informantes relatou que não se sentia seguro quanto à sua técnica, questionado sobre recursos educativos a que recorria para dar conta dessa insegurança ele afirmou:

Aqui no CAPS, o que me dá tranquilidade são as reuniões de PTS. Onde eu consigo compartilhar com os colegas algumas questões, dúvidas, eu fico bem aberto para falar dos meus limites e acho que os colegas, as colegas se abrem também bastante para falar dos limites e a gente vai construindo a partir disso (8).

O PTS é definido como “[...] conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar [...]” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.43). É muito utilizado nos serviços de saúde mental e visa a adoção de outras práticas terapêuticas além das medicamentosas, tais terapêuticas devem ser sempre pac-

tuadas entre o usuário e seu profissional de referência (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Neste CAPS o PTS acontecia também como uma reunião que ocorria duas vezes por semana, de maneira a contar com a participação dos trabalhadores em ao menos um encontro. Nesse espaço os diversos profissionais discutem e pactuam estratégias para a condução de um caso que é tido como complexo. Não há uma estruturação prévia dessa reunião; geralmente, o técnico de referência ou algum outro trabalhador que teve contato com o caso situa os demais sobre a problemática e os colegas apresentam acréscimos ao relato e sugestões de como o caso poderia ser conduzido.

O matriciamento ou apoio matricial também apareceu como espaço/ferramenta educativa durante o trabalho. Caracteriza-se como suporte assistencial e técnico-pedagógico especializado a uma equipe de referência em determinado caso no qual a equipe precisa de auxílio. O matriciamento se afina à proposta da EPS, aparecendo como ferramenta peculiar à aprendizagem na medida em que promove a troca interprofissional e entre equipes (CUNHA; CAMPOS, 2010). Segundo um informante:

Matriciamento é quando a gente mune o outro da sua competência de forma com que ele possa estar também abrindo o seu olhar [...] para intervir, e quando não puder intervir, ativar a gente para que a gente possa intervir ou matriciá-lo para que ele possa fazer esse elo [...]. Essa troca existe o tempo todo, complementa o profissional e consegue dar vazão para gente fazer um trabalho melhor [...] (2).

Ainda de acordo com este entrevistado, o apoio matricial também aparece nos momentos pedagógicos entre residentes de seu programa que não ocupam o mesmo campo de estágio-trabalho, o que faz com que o ensino/aprendizado aconteça também de maneira horizontal e interprofissional, pois favorece o compartilhamento de experiências entre os colegas.

A residência multiprofissional foi outra estratégia identificada como aliando constantemente o trabalho e a educação. Assim, percebe-se que a proposta da residência tem se efetivado. Todos os profissionais em formação entrevistados reconheceram a importância da residência em seus desenvolvimentos como trabalhadores do SUS e a pujança do trabalho como espaço formativo:

A gente se forma muito no próprio trabalho [...] trabalhando mesmo, efetivamente, inclusive [...]. A evolução de uma pessoa que nunca tinha trabalhado e dois anos depois é muito grande [...]. Porque eu fiz de tudo [...] (1).

Acho que o privilégio da residência é você estar no serviço e ter um espaço para pensar sobre ele. Porque eu acho que às vezes quando a gente já está trabalhando a gente naturaliza muitas coisas. Eu acho

que o cuidado da residência é a gente analisar a nossa prática, a nossa implicação, isso que ela faz de diferente, o que ela dá de diferença para o profissional [...] (4).

Lima e Santos (2012), ao pesquisarem a experiência da RMS em saúde mental entre psicólogas em Salvador, constataram que esta modalidade de formação foi compreendida pelas participantes como uma qualificação de suas práticas dada à capacidade de produzir uma interrogação contínua de seus labores. Entretanto, apesar de reconhecerem o valor da residência em seus percursos profissionais, os residentes não o fazem de maneira acrítica. Assim como foi uníssona a valorização dessa formação, críticas também foram feitas:

Eu acho que o que eu imaginava da residência para o que ela é exatamente é... eu fiquei um pouco decepcionada. O primeiro ano eu fiquei bem, bem decepcionada. Eu não sei, eu esperava uma formação... acho que eu esperava que as coisas fossem mais direcionadas, meio estilo universidade, que a gente tem uma grade e que a gente vai construindo a partir disso (4).

A fala acima revela um certo desconforto quanto ao desenho didático no qual se dá o ensino da residência. Tal incômodo surge a partir de uma comparação com a graduação, o que é compreensível no caso da entrevistada, que fez a transição da graduação direto para a residência. Contudo, essa indisposição pode denotar também deficiências dos programas de residência, como explicita a declaração de um ex-residente que se tornou profissional do CAPS em questão. Ele revelou que o seu programa não tinha um projeto político-pedagógico bem estruturado, o que ele avalia como ruim, mas que, ao mesmo tempo, conferiu autonomia a ele e aos colegas para escolherem os campos de estágio-trabalho que desejavam se inserir e os conteúdos que queriam discutir.

Referente às residências também é válido considerar os campos de prática onde têm ocorrido as formações. Amarante (2008) sugere a superação da formação em instituições asilares, tais como os hospitais, dando espaço a uma formação realizada no território que promova a participação na formulação de políticas e que incorpore os CAPS e dispositivos similares como campos de prática. Destarte, o ensino em saúde mental se comprometeria com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os dados dessa pesquisa revelaram vários campos de prática adotados pelos residentes e egressos que atuavam no referido CAPS (dois profissionais), principalmente aqueles na área de concentração da saúde mental. Os serviços que serviram de experiência aos trabalhadores em questão, em sua maioria, encontravam-se inseridos na RAPS, com exceção do ambulatório de saúde mental, adotado por um dos residen-

tes. A narrativa que segue ratifica que, muitas vezes, a escolha dos campos acontece a partir das inquietações dos próprios residentes:

O que eu achei de mais legal dentro da residência é que quando eu entrei era uma possibilidade a gente escolher passar por um manicômio. E aí a gente, durante o primeiro ano, a gente pôde, em espaços coletivos da formação, decidir que a gente não acha que manicômio é formador. E aí a gente agora... os residentes a partir da minha turma, no primeiro ano, não passam pelo núcleo de atenção à crise dentro do manicômio, tem que ser no Hospital Geral. Eu acho que é isso, a gente faz pensando e pautando a Reforma Psiquiátrica enquanto também norte para uma formação [...] (4).

Os desconfortos diante do descompasso entre a rede de saúde e as propostas da Reforma Psiquiátrica foi outro dado relevante que apareceu no relato dos residentes e demais trabalhadores e, como aparece na fala acima, tal desencontro foi tema de debate entre os residentes. Lima, Santos e Araújo (2015) também encontraram resultados semelhantes: residentes que tiveram como campo um hospital psiquiátrico não reconheceram essa instituição como espaço de aprendizagem, principalmente no que concerne a práticas antimanicomiais e interprofissionais, o que levou o programa de residência a substituir o hospital por um CAPS II.

Outro residente, ao narrar sua experiência no ambulatório de saúde mental, explicitou os questionamentos que ele e seus colegas suscitaram dada a existência daquela instituição, que não se afina à RAPS. Isso se relaciona a uma consequência da formação que adota os campos de prática: a aprendizagem diante da concretude dos serviços, diante do que é possível construir na realidade do trabalho que se impõe, afastando-se de uma dimensão idealizada da rede de saúde (NUNES, 2015).

Entretanto, o contato com a realidade, com os problemas dos serviços, não deve surgir como enclausuramento, como impossibilidade de mudança, dado o caráter questionador e a dimensão problematizadora inerente à tal formação, alinhado à modificação das práticas. Vislumbra-se uma educação transformadora, que não se contenta com o que está posto, mas que indaga de dentro à medida que desenha rotas de fuga a partir dos estranhamentos e tensões “entre o que já se sabe e o que há por saber” (CECCIM, FERLA, 2009, s/p) e, poder-se-ia ainda dizer: entre o que está feito e o que se pode fazer.

## **○ O trabalho como transformador de práticas e sujeitos**

O estudo desvelou um processo de trabalho em diálogo com a educação. O resultado deste encontro não se restringe a uma mera ferramenta para o aumento da produtividade ou adequação do trabalhador ao seu posto. Foi possível per-

ceber que os espaços de trabalho dos informantes mostraram-se produtivos no sentido de reformulação das práticas dos serviços/trabalhadores e, até mesmo, de transformação dos sujeitos.

Nesta tônica, a presença dos residentes nos serviços foi importante para a modificação de práticas institucionais:

Ele [o CAPS] foi instituído numa lógica que não dialogava muito com o território. Eu cheguei no CAPS no momento em que a própria equipe que instituiu isso já estava... por conta de intervenções [...] dos residentes que passaram por aqui, dos estudantes, de pessoas que circulavam pelo serviço, dos usuários, principalmente [...] da própria rede, o serviço, a equipe, já estava refletindo, se avaliando (8).

A auto avaliação, segundo o informante, culminou num processo de redirecionamento da inserção no território. Além da presença dos residentes, a circulação de diferentes sujeitos constantemente pelo serviço pode estar contribuindo para que este tenha uma postura mais aberta à diversidade e à mudança. Deste modo, percebe-se que a inserção de estudantes e residentes no campo em questão também favorece o incremento da própria instituição. Corroborando tal achado, Gama e Zanerato (2010) acreditam que a residência é um tipo de formação que promove tanto a qualificação profissional quanto a qualificação do campo da saúde pública e, na especificidade da saúde mental, compreendem-na como essencial para catalisar os avanços necessários à Reforma Psiquiátrica no país.

Relatos distintos destacaram a transformação operada pelos residentes em outros campos de estágio/trabalho, conforme a seguinte narrativa:

Os trabalhadores da atenção básica, num primeiro momento que a gente foi conhecendo, eles vêm com esse questionamento "ah, isso aqui não era para ser aqui, era para ser lá no CAPS [...]" e a residência, como ela tem um certo.... Uma audácia para estudar mais, para procurar mais, é o local que a gente tá se capacitando, as coisas foram aparecendo [...] (1).

Este relato demonstra resistência dos trabalhadores da atenção básica em assumir demandas de saúde mental que acreditam restritas aos CAPS, o que revela desconhecimento do papel da atenção básica na RAPS. Essa "audácia", como menciona o entrevistado, pode estar relacionada à própria condição de residente, que assume papel híbrido de estudante/trabalhador temporário do serviço (NUNES, 2015). A condição perene no serviço acaba catalisando sua atuação e processo de aprendizagem. Além disto, a "persona estudante" e a não vinculação à instituição conferem caráter questionador, reflexivo e propositivo, visto que não respondem a

algumas hierarquias e obrigações (NUNES, 2015).

Não é possível prever de que maneira as interferências desses agentes externos serão incorporadas ao serviço após suas saídas, ou se ao menos serão incorporadas. Todavia, Lima, Santos e Araújo (2015) também creem que a presença destes sujeitos no campo, pela expansão dos limites profissionais proposta pela RMS, provoca reverberações nos trabalhadores do serviço quanto às suas ações e fronteiras de suas práticas. Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) convergem com estes pesquisadores ao relatarem que a entrada da RMS nos campos de prática configura-se como uma estratégia de EPS para os trabalhadores efetivos, visto que pressupõe momentos de interlocução de saberes, reconfigurando as ações de saúde.

Independente da discussão sobre de que maneira as instituições incorporam as influências dos residentes, o que se pôde constatar foi a transformação das práticas dos trabalhadores em formação, antes mesmo da conclusão de sua especialização:

Essa semana mesmo, chegou um senhor lá, eu estava no acolhimento lá no posto de saúde, ele chegou totalmente em crise e eu percebia que aquele senhor estava em crise, porque eu tive exemplos de pessoas em crises nesse espaço que eu passei [o CAPS]. A característica era muito comum. Se fosse em um outro momento, eu diria que aquela pessoa era mal-educada [...] então o quanto isso me qualificou [a atuação no CAPS] para eu estar nesse espaço?! Então o tratamento já se transforma, já muda, você começa a querer entender aquela pessoa, a querer colher mais dela para se certificar que ela é uma pessoa que realmente está precisando da ajuda de forma ampliada (2).

Além da mudança de práticas, percebeu-se a mudança dos sujeitos, o que extrapola a condição de trabalhadores e os qualifica com novas maneiras de enxergar os fenômenos sociais, promovendo a revisão de estigmas e preconceitos que interferem tanto em suas visões de mundo quanto no cuidado em saúde:

Eu e um colega que passamos [pelo CAPS] nós tivemos que construir um trabalho para apresentar para própria residência [...]. Durante a construção do trabalho a gente viu o quanto rico foi a gente ter passado aquele período ali no CAPS [...], a nossa visão de sociedade se amplia [...]. Eu estava conversando com ele que eu só consegui reconhecer em mim algumas coisas que não ajudavam no cuidado, como estigma... estigmatização dos indivíduos e das doenças, [...] impor desejo ao outro, não respeitar a história do outro... várias coisas que são muito comuns no nosso dia a dia... eu fiz uma reflexão a partir do [CAPS] (1).

Pesquisa de Lima, Santos e Araújo (2015) descobriu que residentes de saúde mental de Salvador compreenderam sua passagem pela residência como

uma forma de apropriação das práticas do campo da saúde mental, e, ainda, de habilidades interpessoais. Entre tais habilidades destacaram: capacidade de negociação com a equipe que atua no serviço e com os próprios colegas residentes; e cuidado na maneira como emitem opinião, visando evitar conflitos desnecessários nas equipes em que atuam. Assim, os residentes adquiriram capacidade de diálogo e tolerância, inerentes ao trabalho interprofissional, mas que também extrapolam o espaço do trabalho, já que favorecem a construção de relações interpessoais mais harmônicas (LIMA; SANTOS; ARAÚJO, 2015). Estes aspectos não foram citados de maneira explícita pelos informantes deste estudo, mas é possível perceber em suas falas transformações para além da dimensão do trabalhador, suas transformações enquanto sujeitos.

As mudanças operadas pelo trabalho durante a formação do profissional são possíveis através dos encontros que ocorrem entre os diversos sujeitos que habitam o campo de práticas. Tomar os serviços como espaço formativo é crer na potência dos encontros como lócus de formação; é produzir-se, formar-se a partir daquilo que nos toca, que nos sensibiliza. É encarar o trabalho e a formação em saúde como produtores de subjetividades, de novas formas de ser, estar e cuidar. Desvincula-se da ideia de formação como mera transmissão de saber, já que não há um saber cristalizado, visto que os encontros que se sucedem entre trabalhadores-usuários-estudantes-professores são irreprodutíveis (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Foi referido que os aprendizados que ocorreram na prática de trabalho extrapolaram os limites laborais e convocaram os sujeitos a repensar em vários aspectos de suas vidas:

O CAPS tem sido uma escola, em vários sentidos, na vida profissional, na vida pessoal, nas relações, no cuidado com o outro, no repensar a saúde, na produção de tecnologias de cuidado em saúde mental, álcool e drogas, na forma de fazer funcionar as coisas [...] (9).

Um dos desafios do SUS é justamente fazer com que os serviços de saúde atendam às demandas da população e, ao mesmo tempo, sejam locais de realização dos trabalhadores, equilibrando a dimensão de alienação do trabalho (inerente ao sistema capitalista) e do trabalho livre e com sentido para o trabalhador. A proposta da cogestão de coletivos (CUNHA; CAMPOS, 2010) visa conciliar essas contradições, crendo na autonomia dos trabalhadores quanto à gestão do seu processo de trabalho, o que repercutiria na realização e aprendizagem dos sujeitos nos campos laborais. Quanto a isso, os serviços de saúde comunitários (CAPS, Atenção Básica) se aproximam da proposta de uma gestão mais horizontalizada e compartilhada entre os trabalhadores, apesar das incoerências entre as políticas e as suas concretizações na prática.

## ○ Considerações Finais

Conclui-se que os contextos de trabalho dos sujeitos investigados foram reconhecidos como campos férteis de formação interprofissional, principalmente para os residentes. Contudo, os demais profissionais também reconheceram o serviço em que se inserem como campo formativo, o que pode estar relacionado à peculiaridade do serviço docente-assistencial, fazendo com que tivessem contato constante com estudantes e residentes de diversos contextos, e à própria proposta de EPS assumida.

Destarte, uma ação produtiva para o aprendizado dos trabalhadores em serviço seria dar um caráter educativo ao próprio espaço de trabalho, fazendo com que os trabalhadores tivessem autonomia nesse processo. O que reafirma a importância da EPS e da EIP, a relevância de investir na formação dos profissionais que estão atuando, mas que não têm dado conta das complexidades do SUS e, mais especificamente, da saúde mental. Acredita-se ainda que as características dos CAPS de maneira geral (que propõe uma gestão mais horizontalizada e participativa, incluindo os usuários e familiares através das assembleias) demarca a potência dos serviços substitutivos como loci de aprendizado, sobretudo quando assumem o compromisso com a desinstitucionalização das práticas e com o incessante progresso necessário à reforma psiquiátrica.

## ○ Referências

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2008, p. 65-79.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012.
- BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados - 12.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso: 03 de dezembro de 2015.

BRUNHOLI, G. N. Trabalho e formação em saúde: entre os dilemas das reformas. In: GARCIA, M. L. T. (Org.). **Análise da política de saúde brasileira.** Vitória: EDUFES, 2014, p. 147- 175.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista Org & Demo**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso: 20 de novembro de 2015.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 621-639, jun. 2012.

GAMA, J. A.; ZANERATO, E. Cursos de especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde. In: LOBOSQUE, A. M. (Org). **Caderno saúde mental 3 - saúde mental:** os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v. 3.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: trans-

disciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 126-141, 2012.

LIMA, M.; SANTOS, L.; ARAÚJO, D. Terrenos educativos em uma residência multiprofissional na Bahia-Brasil. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 443-481.

NUNES, M. Refletindo sobre a prática de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental- produções epistemológicas e pedagógicas. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 17-48.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70, 2011.

SILVA, N. S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1142-1151, dez. 2013.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. O que pensam os profissionais da atenção básica sobre a residência multiprofissional. In: UCHOA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. Á. V (Org.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde – Rede Unida**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 343-358.

# Formação em saúde pelo EDPOP-SUS: educação popular, trabalhos de campo e relações interprofissionais

13

**Rogério Andrade dos Santos**

## Introdução

O presente trabalho objetiva apresentar a construção interdisciplinar do saber no Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EDPOP-SUS), na Microrregião de Saúde de Lagarto, Sergipe. O caminho pedagógico da problematização e sistematização de vivências foi adotado nesse tempo formativo. O suporte teórico foi dado pelo Caderno de Textos, produzido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), que auxiliou na análise crítica dos fenômenos achados pelos educandos nas comunidades. Para manter uma sequência curricular, os encontros presenciais foram previamente programados no Guia do Curso, produzido também pela EPSJV/FIOCRUZ, mas as informações que servem de matéria-prima para a construção coletiva do conhecimento é, sem dúvida, as produções dos educandos em seus territórios de atuação profissional.

## Formação em saúde e educação popular

A atenção básica se desenvolve em territórios próximos de onde a população vive, por isso se torna espaço preferencial de comunicação dessa população com toda a Rede de Atenção à Saúde. Desta forma, é imprescindível que haja uma educação em saúde que aproxime atenção básica desse território de vida e trabalho da população (BORNSTEIN, 2016a). Porém, uma educação em saúde que considere o território de vida e trabalho das populações, requer uma lógica de organização do trabalho em equipe, mais centrada no usuário, ao invés de corporativamente.

Todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo - recortado e reduzido - corporativo-centrado, para o eixo - plural e complexo - usuário centrado (CECCIM, 2006, p. 259).

O quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino, gestão, atenção e controle social de Ceccim e Feuerwerker (2004), propõe construir uma educação responsável por ações interativas na realidade, ao invés de ações isoladas de cada um desses atores que compõem o SUS. Por essas ações educativas, cada espaço do SUS se torna também espaço dos demais. No serviço de atenção à saúde pode se dar também a gestão, o controle e a formação, ampliando o conceito de saúde; na gestão pode ocorrer também a formação, o controle e a atenção, possibilitando estar mais inteirada das necessidades da rede de saúde; nas instituições formadoras pode haver gestão, controle social e atenção, fazendo dessas experiências laboratórios de vivências para os futuros profissionais; e o controle social, onde institucionalmente já estão todos os demais espaços representados, seria potencializado a cada vez mais se fazer voz da comunidade.

Para contribuir com essa formação, o Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a) instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Nela, é reafirmado o compromisso com os princípios dos SUS, acrescentando os seus princípios: construção compartilhada dos conhecimentos em saúde; diálogo dos conhecimentos populares e ancestrais com os acadêmicos nessa construção; a amorosidade com a incorporação da emoção e da sensibilidade ao diálogo, para fazê-lo transcender a racionalidade; a problematização, que implica a construção de conhecimentos alicerçados na análise crítica da realidade; a emancipação como a superação de processos sociais opressores, que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular com a busca por construir uma sociedade justa, solidária, soberana e culturalmente diversa, com sujeitos marginalizados como protagonistas

Ainda nessa Portaria do Ministério da Saúde, a PNEPS-SUS é apresentada sob quatro eixos estratégicos: 1. Participação, controle social e gestão participativa; 2. Formação, comunicação e produção de conhecimento; 3. Cuidado em saúde; 4. Intersetorialidade e diálogos multiculturais. Embasada no segundo eixo estratégico da PNEPS-SUS, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde criou o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EDPOP-SUS), via Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Prioritariamente voltado para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de vigilância em saúde (AVS)<sup>9</sup>, o EDPOP-SUS se estendeu também para profissionais de nível superior ou técnico da rede pública de saúde e militantes de movimentos sociais (EPSJV, 2016b, p. 13).

**9** - A Reforma Sanitária, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde, requer superar o foco em doenças, por isso a nova denominação: Agente de Vigilância em Saúde (AVS) (EPSJV, 2016a, p.37)

## ○ Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde EDPOP-SUS

Como nos demais pólos, em Lagarto, sede da Microrregião Centro-Sul de Saúde, em Sergipe, a turma foi composta por dois facilitadores, um docente na área da saúde e um militante de movimento social, e trinta e cinco educandos de várias profissões: ACS, AVS, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, conselheiros tutelares, técnicos de enfermagem, além de agentes da Pastoral da Criança, membros de sindicatos de categorias da saúde e de movimentos sociais, populares, sindicais e estudantis, dos diversos níveis de atenção à saúde e de outras políticas intersetoriais. Os seis meses de atividades foram articulados de forma interinstitucional com a Universidade Federal de Sergipe e secretarias municipais de saúde, que forneceram a infraestrutura dos encontros presenciais e abertura da rede de saúde para os trabalhos de campo, respectivamente.

A metodologia de trabalho de campo foi adotada como forma de vivenciar anteriormente, na prática dos serviços de saúde, as temáticas que serão problematizadas e depois sistematizadas no encontro presencial. Compiani e Carneiro (1993, p. 90) apresentam algumas funções do trabalho de campo:

*Ilustrativa*, cujo objetivo é ilustrar os vários conceitos vistos na sala de aula; *motivadora*, onde o objetivo é motivar o aluno a estudar determinado tema; *treinadora*, que visa a orientar a execução de uma habilidade técnica; e *geradora de problemas*, que visa orientar o aluno para resolver ou propor um problema (grifos do autor).

Com função de gerador de problema, nos encontros presenciais são solicitados que os trabalhos de campo sejam feitos durante a semana no ambiente de trabalho, com a população que cotidianamente o educando atende, sendo apresentados no encontro presencial seguinte. As informações trazidas por cada educando ao encontro presencial são apresentadas ao grupo por sínteses criativas, a exemplo de desenhos, paródias, mapas conceituais e dramatizações, elaboradas pelos educandos em subgrupos. A partir disso ocorre a problematização.

Um tema transversal que emerge considera a necessidade da “problematização”, do desmascaramento da realidade, uma espécie de função *crapdetecting* da recusa da ordem que o profissional da saúde deve cumprir, negando-se tanto a seguir passivamente ideias e práticas quanto limitando-se a aceitá-las tal como são, mas ao contrário, questionando-se quais seriam seus fundamentos e significados (STEFANINI, 2015, p. 8, grifos do autor).

A problematização dos dados apresentadas no grupo, geralmente iniciava com a observação de divergência ou convergência das informações trazidas por cada educando, com a caracterização da comunidade onde foram colhidas as informações para que fossem contextualizadas. Continuando a problemati-

zação, o grupo parte para a leitura do texto de apoio para a temática do dia, já introduzida pela apresentação do trabalho de campo. Essa leitura oferece o referencial teórico para compreender as informações trazidas pelos educandos que produzirá o segundo momento do encontro presencial, a sistematização.

A palavra sistematização, utilizada em diversas áreas, quer dizer principalmente **classificar, ordenar ou catalogar dados e informações** - "organizá-los em sistema". Esta é a definição mais comum e difundida desta terminologia. Contudo, no campo da Educação Popular e no trabalho em processos sociais, utilizamos o termo num sentido mais amplo. Referimo-nos não só a compilar e ordenar dados e informações, mas também a obter aprendizagens críticas a partir das nossas experiências. Como tal, não dizemos apenas "sistematização", mas sim "sistematização de experiências" (CIDAC, 2007, p.16, grifos do autor).

A sistematização ocorre quando as experiências dos educandos em seus territórios são sintetizadas criativamente para serem apresentadas, analisadas sob referenciais teóricos dos textos de apoios, discutidas ao final para fechamento da temática do dia e encaminhamento do trabalho de campo a ser executado durante a semana para o próximo encontro presencial. O EDPOP-SUS possui seis eixos estruturantes, desenvolvidos em duas ou três semanas, cada um deles, totalizando dezesseis encontros presenciais e treze trabalhos de campo, descritos a seguir.

## ○ **Eixo 1: A construção da gestão participativa tendo a experiência como fio condutor do processo educativo.**

No primeiro encontro, os membros do grupo se conheceram, os facilitadores apresentaram o curso e o grupo construiu as normas coletivamente. Porém, para iniciar as vivências das várias temáticas no território, foi necessário conhecer as especificidades que dão identidade às categorias profissionais atuantes nos serviços de saúde. Desse conhecimento, emanaram o planejamento das atividades interprofissionais.

Na educação interprofissional em saúde as profissões aprendem conjuntamente sobre o trabalho coletivo e as especificidades de cada área profissional, orientadas para o trabalho colaborativo em equipe interprofissional para assegurar a qualidade da atenção à saúde" (SILVA et al, 2015, p. 17).

Para isso, os educandos entrevistaram, no trabalho de campo, profissionais de diferentes funções no serviço de saúde, para identificar as especificidades de cada categoria, listando as possibilidades de trabalho integrado da própria profissão com cada categoria entrevistada. No segundo, os educandos apresentaram as entrevistas do trabalho de campo, correlacionando com as especificidades das classes profissionais presentes na turma, com as possibilidades de trabalhos interprofissionais.

Segundo Ceccim (2006), o trabalho em equipe multiprofissional já é uma realidade nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS e na constante designação do trabalho em equipe quando se pretende a elevar a qualidade do trabalho e da formação em saúde.

Partindo da certeza de que trabalho em equipe multiprofissional já é uma realidade, os educandos foram incumbidos, como trabalho de campo, de lembrar e listar com os vários profissionais da equipe em que estão inseridos, as experiências educativas que já realizaram juntos. Relataram atividades com Paróquias Católicas, Associação de Moradores e visitas a bares para conscientizar líderes sobre o "Novembro Azul" e, com sua influência, convencer os homens a cuidar da própria saúde; palestras sobre doenças; atividades de coleta de amostras de material biológico para exames, aferição de hipertensão arterial e glicemia.

## 0 Eixo 2: A educação popular no processo de trabalho em saúde

Após apresentar, pelo trabalho de campo, as experiências educativas que já realizaram, o grupo avaliou que os métodos utilizados em cada experiência, por melhor articuladas e intencionadas que tenham sido, não foram produzidas com a participação ativa da comunidade e mantinham um caráter biomédico. "A formação uniprofissional, reforça a prática biomédica hegemônica com o isolamento profissional, fragmentação dos saberes e práticas" (SILVA, 2014, p. 22). Por isso, os métodos foram repensados e, a partir da reflexão de como a educação popular poderia contribuir com cada experiência, os educandos propuseram que as pessoas que soubessem métodos utilizados nos espaços de Educação Popular, partilhassem como usá-los para aprimorar suas atividades.

Na semana seguinte, alguns educandos trouxeram oficinas sobre os métodos da Tenda do Conto<sup>10</sup>, Josué Castro<sup>11</sup>, Terapia Comunitária Integrativa<sup>12</sup> e Teatro do Oprimido<sup>13</sup>, a partir dos conhecimentos práticos que possuem e de livros sugeridos como leitura prévia. A partir dessas oficinas, os educandos desenvolveram um olhar crítico sobre o trabalho de campo seguinte, em que tiveram que identificar práticas normativas em sua atuação profissional e nas

**10** - Texto utilizado: FÉLIX-SILVA, Antonio Vladimir; NASCIMENTO, Maria Valquiria Nogueira; ALBUQUERQUE, Marcia Maria Rodolfo de; CUNHA, Maria do Socorro Gomes da; GADELHA, Maria Jacqueline Abrantes. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. EDUNP, Natal, 2014.

**11** - Texto utilizado: CPP-Coletivo Político Pedagógico. Instituto de Educação Josué de Castro - IEJC:Método Pedagógico. ITERRA, Veranópolis, 2003.

**12** - Texto utilizado: FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; LAZARTE, Rolando; DIAS, Maria Djair. Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento. UFPB, João Pessoa, 2013.

**13** -Texto Utilizado: BOAL, Augusto. 200 exercícios e jogos para o ator e o não ator com vontade de dizer algo através do teatro. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1982.

atuações em equipe com os demais profissionais, que orientam o modo de vida e de produção da saúde da população.

Muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores em saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico, em função dos agravos que enfrenta (FEUERWERKER, 2013, p.45).

Diante dessa percepção, no encontro presencial, debateram a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) e, a partir dela, problematizaram as atividades que planejaram junto com a equipe do serviço para substituir às normativas, planejaram atividades educativas que reconheçam a todos como sujeitos de saber e, novamente voltando a campo, cada educando aplicou uma das atividades problematizadas no grupo, com objetivo de ouvir a população sobre as potencialidades e dificuldades no acesso aos serviços de saúde para terem matéria-prima para o encontro presencial seguinte.

### **○ Eixo 3: O direito à saúde e a promoção da equidade**

As informações sobre potencialidades e dificuldades do acesso da população ao serviço de saúde, resultaram na identificação de demandas dentro do território, que se revelaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, por requerer atenção específica, ao invés de práticas generalistas. Para contribuir com essa análise, leram a Política de Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b), onde estão apresentadas políticas públicas de saúde especificamente para populações negras, ciganas, do campo, das florestas, das águas, LGBT, e em situação de rua.

Durante a semana, identificaram no território a existência dos grupos citados na Política de Equidades e outros não citados nela, mas que possuem demandas específicas, apresentando como esses grupos são acolhidos nos serviços e como seu trabalho em equipe com os demais profissionais deveria atender às demandas de cada um desses grupos. Algumas dessas populações eram marcadas fortemente por características religiosas. Nesse trabalho de campo, apareceu ainda mais claro o elemento espiritualidade, em alguns casos atrelados à religião, em outros não.

O último encontro desse eixo foi realizado na comunidade quilombola Sítio Alto, Município de Simão Dias, Sergipe. Os educandos, somados aos moradores da comunidade totalizavam em média duzentas pessoas, por isso foram divididos em grupos de cinco ou seis educandos e trinta moradores da comunidade. Os educandos apresentaram os dados de seus trabalhos de campo e pensaram com os moradores uma síntese criativa para apresentarem juntos no “terreiro”. Tiveram Quadrilhas Juninas, Danças de Reisado, Dança de Roda, Samba de Coco e Xaxado.

Finalmente, na educação popular, para compreender verdadeiramente a questão cultural, temos que viver humanamente. Essa humanidade seria, para Freire, a união amorosa entre a crítica e a beleza. Criticidade e boniteza de mãos dadas, ele dizia, em diálogo, e em dança. A criticidade, entendida como um viver político, unida à boniteza, entendida como um jeito de viver com os outros, em diálogo sensível, emocionado, esperançoso e utópico. Esse exercício cotidiano pode fortalecer e transformar nossa prática no trabalho em saúde (WON UN, p.87).

Cada educando ficou responsável por levar um ingrediente para almoçar com a comunidade. Todos, moradores e educandos, almoçaram dentro da escola, na UBS, na Associação de Moradores, embaixo da sombra das árvores, em quaisquer lugares que tivessem sombra e companhia e, à medida que acabavam de almoçar, os moradores levaram os visitantes a conhecer sua comunidade, sua capela, seu memorial, sua UBS, suas casas, suas famílias, suas vidas. Como trabalho de campo, os educandos entrevistaram, durante a semana, os moradores mais antigos de sua comunidade para registrar a história da região onde trabalham.

## ○ Eixo 4: Território, lugar de história e memória.

O eixo começou em uma comunidade da zona rural, onde os educandos promoveram o Encontro de Rezadeiras, do EDPOP-SUS. As rezadeiras narraram como uma rezadeira anterior passou as rezas para elas antes de morrer. Destacaram não curar ninguém, mas a fé cura as pessoas. Foi mais uma vez a cultura sendo vivenciada pelo diálogo e pela poesia do momento. Nessa comunidade, aconteceu a problematização do que é território, sobre os atributos de quem determina qual é a história oficial do território e a supremacia da história escrita sobre a oral.

Do trabalho de campo com moradores mais antigos da região onde atuam, descobriram quais foram as primeiras casas, órgãos públicos ou privados que possui/possuiu, fatos importantes ocorridos, doenças que marcaram a comunidade, a construção do posto de saúde, da capela, da escola e demais espaços coletivos. Porém, vários educandos destacaram que essas histórias não fazem parte da história oficial dos municípios, porque perceberam que história oficial se impõe pelo status social de quem conta, pela dificuldade das comunidades periféricas, ruralistas ou tradicionais de escrever e conseguir divulgar suas histórias. Tudo isso faz com que a memória de várias culturas se perca diante das histórias oficializadas.

A apresentação das histórias das comunidades dos educandos, principalmente as correspondentes a história de saúde, introduziram a história da saúde no Brasil. Foram lembrados pelos educandos, a SUCAN, o INPS e outros órgãos da história que culminou no SUS. Partiu dos educandos a observação da importância de sistematizar tudo que produzem para contribuir com a história de saúde, para construir memória coletiva e impedir que se percam diante das

construções das histórias oficiais. Durante a semana os educandos pesquisaram na comunidade a história e a memória dos movimentos sociais que existem ou existiram, assim como de acontecimentos políticos (reivindicações, passeatas, mutirões) que trouxeram mudanças ao território.

## ○ Eixo 5: Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado.

Essa temática coincidiu com o dia da Greve Geral. Universidade fechada, país parado e movimentos sociais nas ruas. O trabalho de campo dos educandos foi apresentado na praça central da cidade, em aula pública, seguida de roda de conversa com movimentos sociais: Sindicato dos Professores, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Sindicato dos Agentes Comunitários e de Vigilância em Saúde, Movimento Sem-terra, Associação de Bombeiros Comunitários, Pastoral da Criança, Movimento Popular de Saúde e Centros Acadêmicos do Campus da Saúde, da Universidade Federal de Sergipe. Juntos, traçaram análises de conjuntura, preparam faixas e cartazes, encaminhou-se o trabalho de campo para a semana e todos se seguiram para o ato unificado em Aracaju.

No trabalho de campo, os educandos tiveram que observar nos noticiários, como abordam as notícias sobre a greve geral e os manifestos. Na volta para o encontro presencial, os educandos problematizaram a criminalização de movimentos sociais, o potencial da Educação Popular no processo de comunicação e de mobilização social na democracia, principalmente através da conscientização de base, com movimentos sociais criticando as verdades assumidas pela sociedade sem quaisquer problematizações e denunciando os interesses do capital, que mercantiliza a saúde. Durante a semana, os educandos tiveram que identificar os principais problemas de saúde do território, lançando hipóteses a partir das condições sociais e econômicas das pessoas que possuem tais problemas, apontando como a educação popular pode contribuir, considerando seus princípios.

## ○ Eixo 6: O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado.

Com as informações foi construído um mapa do território que atuam, colocando nele tarjetas com os problemas de saúde, explicando o contexto físico, social e econômico. A partir disso discutiram a determinação social do processo saúde-doença, a partir de fatores diversos, além das causas meramente biológicas. Foi expressiva a quantidade de adoecimentos psíquicos, atrelados a condições de trabalho, principalmente em regiões agrícolas de citriculturas, despertando a suspeita do uso de agrotóxico ser o possível causador.

Tendo identificado os problemas de saúde no trabalho de campo, dessa vez deveriam listar as práticas de cuidados presentes nos territórios, tanto nos

serviços de saúde, quanto em práticas populares. Foram várias as expressões de cuidados colhidas no território, para nutrir a discussão do significado do cuidado, preservando a autonomia dos sujeitos e promovendo sua emancipação. Como último trabalho de campo, os educandos realizaram oficinas de cuidados para os moradores se cuidarem mutuamente, promoveram feiras de saúde interprofissional das Equipes de Saúde da Família (ESF), que são próximas e possuíam educandos na turma, construíram projetos de Educação Popular permanentes em parceria com sua equipe de trabalho.

No último encontro, aconteceu uma Mostra de Experiências com exibição de audiovisuais produzidos durante os seis meses de EDPOP-SUS e, dentro da mostra, aconteceu a Feira de Produtos Populares, em que os educandos venderam produtos naturais, artesanais e artísticos que produzem.

## ○ Considerações Finais

As atividades do EDPOP-SUS coincidiram com momentos de efervescência política instalados no país, com as medidas impopulares de retrocessos em direitos conquistados por diversas categorias, influenciando todas as discussões e vivências, e assim deveria ser, uma vez que a educação popular é uma metodologia dialético-histórica. Porém, vivenciar as atividades interprofissionais em saúde, nesse contexto em que a políticas públicas vem sendo desmontadas concretamente ou relegadas a extinção sutil pela extinção de recursos financeiros, foi um grande desafio para os educandos.

O discurso freireano de classes, contradições e iniquidades sociais foi revelado pelo contexto histórico. Isso ajudou que os educandos entendessem na prática o que as discussões refletiam, pois havia divergências pontuais no grupo sobre esse momento histórico que o país vive, trazendo conflitos que precisavam ser mediados para não resultar em desagregação do grupo, mas para que entendessem que inclusive esse clima de divisão que o país vive é fruto de um governo que não cumpre seu papel de mediar conflitos, unificar a nação, uma vez que não possui legitimidade popular.

As diferentes categorias profissionais presentes na turma, traziam os conflitos que vivem na equipe do serviço de saúde. A maior dificuldade para realização dos trabalhos de campo, foram com os educandos que não são funcionários efetivos, mas foram recém-contratados após a última eleição de prefeitos. Há nesses serviços, fragilidade de vínculo trabalhista e, portanto, menor autonomia profissional, além de prejuízos na continuidade dos serviços, principalmente os que possuem base territorial e precisam da história e memória para serem efetivados como hábito das comunidades.

No quilombo uma das problemáticas que vivem atualmente é necessidade de

demarcação de suas terras, cujo processo foi suspenso depois do início do Governo Temer, dificultando que esta comunidade proteja o território, que os caracteriza como comunidade, da aproximação de empreendimentos imobiliários. A UBS construída que serviu de local de discussão de um dos subgrupos também foi problematizada pela comunidade aos profissionais educandos, pois os moradores do quilombo já foram informados do direito que possuem de ter suas práticas ancestrais de saúde ofertadas ali, por eles próprios, e pretendem reivindicar esse direito.

As formas de apresentação de trabalho de campo em sínteses criativas - teatro, paródia, desenhos, cartazes, mapas conceituais - possibilitaram que em todas as temáticas sua cultura fosse manifesta. A cultura é elemento primordial da educação popular, seja pela arte, pela forma como se alimentam no horário do almoço, a forma como o grupo se interrelaciona, como debatem, defendem suas percepções e recebem a percepção de outros, sistematizando conhecimentos que, já durante a formação, provocou reflexões na equipe de trabalho das comunidades.

## ○ Referências

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

COMPIANI, M.; CARNEIRO C. D. R. Investigaciones y experiencias educativas: Os papeis didáticos das excursões geológicas. **Ensenanza de las Ciências de la Tierra**, p. 90-97, 1993

BORNSTEIN, Vera Joana. Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular. In: EPSJV. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: texto de apoio**. Vera Joana Bornstein (org.). EPSJV, Rio de Janeiro, 2016, p. 15-20.

EPSJV. **Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**. Vera Joana Bornstein (org.). EPSJV, Rio de Janeiro, 2016b

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; RAMOS, Alexandre de Souza; LEAL, Mariana Bertol; CARVALHO, Mônica Sampaio. **Caderno de Textos VER-SUS/BRASIL**. Rede Unida, Porto Alegre, 2013, p. 43-57

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. Editora MS. Brasília, 2013b.

SILVA, Jaqueline Alcântara Macelino da. **Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da atenção primária**. 281 f. Tese (Doutorado em Ciência), USP, São Paulo, 2014.

STEFANINI, Angelo. Introdução. In: MERHY, Emerson Elias; STEFANINI, Angelo; MARTINO, Ardigò (org.). **Problematizando epistemologias na saúde coletiva: saberes da cooperação Brasil e Itália**. Rede UNIDA, Porto Alegre, 2015.

WONG Um, Julio Alberto. As dimensões culturais e a educação popular em saúde. In: EPSJV. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: texto de apoio**. Vera Joana Bornstein (org.). EPSJV, Rio de Janeiro, 2016, p. 81-88.

# O cenário das residências multiprofissionais em saúde no estado do Pará: os avanços e desafios para a formação permanente para o Sistema Único de Saúde<sup>14</sup>

14

*Márcia Maria Bragança Lopes  
Raquel Cristina Campos dos Santos  
Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena*

## **○ A Política de Educação Permanente em Saúde**

Com a reforma constitucional de 1988 (BRASIL. SENADO FEDERAL, 1988), o estado brasileiro assume a responsabilidade de promover profundas transformações no campo da educação e da saúde.

Com a adoção do conceito ampliado de saúde e a criação do SUS estava posto um dos maiores desafios da reforma sanitária brasileira: preparar profissionais para o cuidado integral e generalista, atentando que a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil tem perpetuado modelos essencialmente conservadores de conhecimentos fragmentados, centrados na doença, pautado em especialidades que supervaloriza procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CASTRO; VILAR; OLIVEIRA, 2016, p. 151).

Dessa forma, acredita-se que o processo de mudança da formação em saúde deve romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (SOUZA, 2016).

O apoio à mudança no ensino pode e deveria ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Constituição Federal (Art. 200), a Lei 8.080/90 e outras legislações atribuem

ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos, ou seja, atribui às Secretarias de Saúde o papel de desenvolver estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e desenvolvimento do SUS.

A educação permanente em saúde não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. A partir desse desafio político-pedagógico, a educação permanente em saúde foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da problemática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A educação permanente tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (MEDEIROS, 2015, p. 84).

Nessa conjuntura, foram marcos do desenvolvimento da Política de Educação em Saúde a Portaria n. 2.474, de 12 de novembro de 2004, que estabeleceu o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos agentes comunitários de saúde; as Portarias n. 399/GM e 699/GM, que instituíram as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Vida e de Gestão, de 2006; e a Portaria n. 598/GM, de 23 de março de 2006, que estabelece que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), além de abordar, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, o processo de educação permanente (MEDEIROS, 2015).

Definitivamente, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o papel de gestor federal do SUS a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, restando-lhe a formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil (MEDEIROS, 2015).

O MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou orientações e diretrizes para assegurar a educação permanente dos trabalhadores do SUS, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – Portaria GM/MS N° 1.996, 20 de agosto de 2007 – como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela Portaria GM/MS N° 1996/2007, define que a união, estados e

municípios são responsáveis por sua coordenação e implementação; que sejam criadas Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) estaduais e regionais como instâncias de planejamento, monitoramento e avaliação constituídas por gestores, instituições de ensino, trabalhadores do SUS e movimentos sociais ligados à saúde; e que as ações de formação devem constar em planos regionais (PAREPS) e planos estaduais de educação permanente em Saúde (PEEPS) elaborados pelas CIES fundamentados no diagnóstico e análise situacional das políticas de saúde e aprovados pelas instâncias de pactuação do SUS.

No que tange aos Estados, as Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com o MS, devem estabelecer planos no tocante ao fortalecimento ou à criação de todas estas iniciativas: identificar as necessidades de formação, mobilizar a educação em serviço e a produção e a disseminação de conhecimento ascendente; potencializar ou criar Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas ou Centros de Formação e desenvolvimento profissional; estabelecer a articulação com os movimentos e práticas de educação popular em saúde e com a educação permanente; mediar articulações com o Conselho Estadual de Saúde (CES), com o Conselho Estadual de Educação (CEED) e com a Secretaria Estadual de Educação; trabalhar pelo desenvolvimento da gestão descentralizada do SUS como uma escola em ato da Reforma Sanitária Brasileira; e constituir a rede de gestão e de atenção em saúde sob sua gestão à condição de lugar de ensino - aprendizagem (MEDEIROS, 2015).

A PNEPS definiu diretrizes a serem seguidas pelas instituições de ensino que formam profissionais para o SUS, objetivando promover a mudança nas práticas de formação e nas práticas de Saúde e viabilizar a articulação Ensino - Gestão - Atenção - Controle Social (CASTRO; VILAR; OLIVEIRA, 2016, p. 154).

Essa nova política surgiu com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social/participação popular; a organização dos serviços de saúde e respectivos processos de trabalho e as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (SOUZA, 2016).

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.50).

**Figura 01 - processo de mudança da formação em saúde proposto na PNEPS (portaria GM/MS nº 1996/2007)**

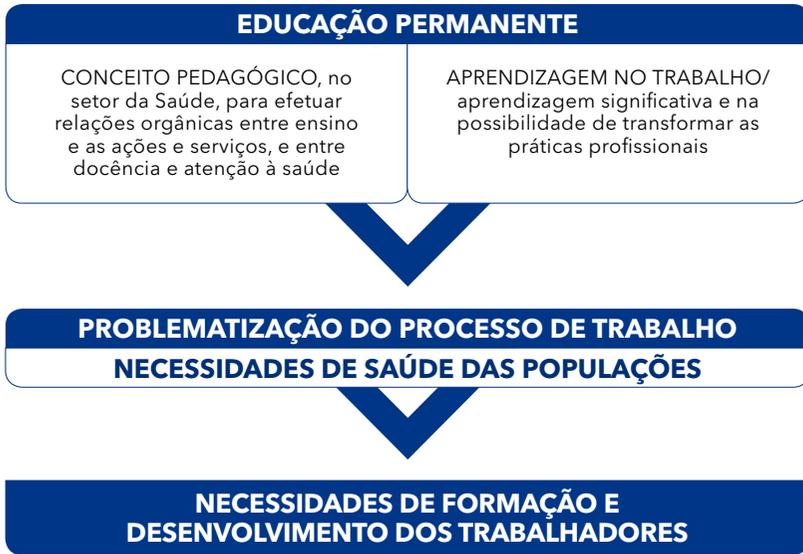


**Fonte:** Elaborada pelos autores

A Educação Permanente em Saúde (EPS) como política é uma proposta de ação estratégica que contribui para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização de ações e serviços dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (SOUZA, 2016).

Muito se tem falado e escrito sobre a Educação Permanente em Saúde no Brasil, na última década. Porém, enquanto estratégia para qualificação dos recursos humanos, no campo da saúde, a Educação Permanente não é uma ideia nova. Foi assumida como prioridade pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980. Esta iniciativa passou a ser difundida como “Educação Permanente do Pessoal da Saúde”, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa, para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde (HAUBRICH et al., 2015, p. 48).

Entendida como a educação que acontece no contexto do trabalho em saúde, a partir dos problemas que surgem no dia a dia dos trabalhadores em seus diferentes campos de serviço, a educação permanente em saúde (EPS) visa mudar a prática das equipes de saúde para melhorar o cuidado e a assistência à população e pode ser considerada uma potente estratégia tanto para a mudança pessoal do trabalhador quanto para a mudança institucional (SOUZA, 2016).

**Figura 02 - Educação Permanente**

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Davini (2009) ressalta que o enfoque da Educação Permanente ao contrário da perspectiva da formação tradicional, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, ou seja:

- Incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- Modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- Colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- Ampliar os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organiza-

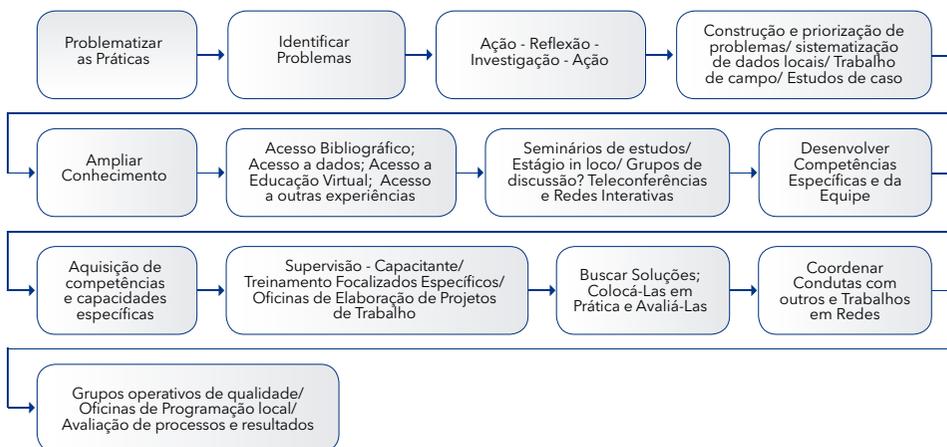
ções, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Portanto, a EPS é um conceito pedagógico, no setor da Saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). É a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A principal referência teórica metodológica da EPS é a pedagogia da problematização, por permitir a geração de conhecimentos mais adequados ao contexto, a apropriação de conhecimentos individuais ao grupo e o trabalho articulado entre o conteúdo técnico e afetivo (SOUZA, 2016).

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Com base nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos processos em que os conteúdos são oferecidos ao educando em sua forma final, os conteúdos de ensino não são oferecidos em sua forma acabada, mas com problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-se à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar (SOUZA, 2016; BERBEL, 1998).

**Figura 03 - percurso para problematização das práticas**

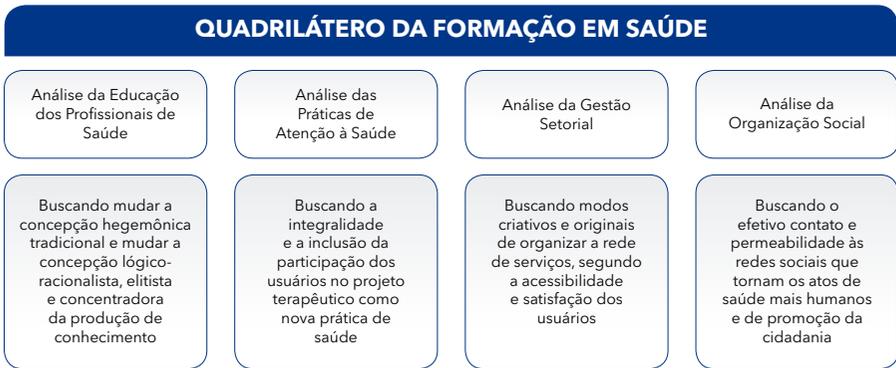


**Fonte:** Elaborada pelos autores

A EPS propõe a reflexão sobre os problemas de determinado serviço e sobre o que as equipes que atuam nele, consideram o que deve ser transformado, devendo elas mesmas identificar temas e debates para correção nos rumos da organização e possível qualificação dos trabalhadores que nela atuam (SOUZA, 2016).

A partir dessa compreensão de EPS, sinaliza-se a Residência em Saúde como uma “possibilidade de espaço de transformação para profissionais de saúde articulado como dispositivo da educação permanente” (SILVA et al. 2016, p. 3).

#### **Figura 4 - analisadores para pensar/providenciar a educação permanente em saúde (quadrilátero da formação para a área da saúde)**



**Fonte:** Adaptado de Ceccim; Feuerwerker (2004)

## **○ As residências multiprofissionais em saúde e a formação permanente para o sus**

No Brasil estão instituídas três modalidades de residência em saúde: a residência multiprofissional, a residência médica e a residência área profissional da saúde (Uniprofissional).

Há exatamente 30 anos, em 1976, foi criada no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Dois anos depois, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 05).

A Residência Multiprofissional constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde (Uniprofissional), criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (RESOLUÇÃO CNS nº 287/1998).

**Figura 05 - características gerais de um programa de residência multiprofissional em saúde (lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005)**



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Dentre as tentativas de aproximação entre MEC e MS, está a Política de Educação na Saúde implementada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem na integração entre as instituições de ensino e os serviços um de seus eixos. Essa política tem como características ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços. A cooperação técnica entre os ministérios para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação foi formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118 de 2005 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2006).

Atendendo as necessidades de mudança no modelo de gestão e atenção na área da saúde, a formação em serviço representada pelas residências, configura-se como um espaço privilegiado ao propor uma formação nos espaços do SUS, possibilitando o trânsito por diferentes serviços e instâncias do sistema, desencadeando um processo pedagógico sob a perspectiva de linhas de cuidado, fugindo da ótica do cuidado de patologias e, também da fragmentação do cuidado.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. Esta, entretanto, precisa incorporar a noção de Atenção Integral à Saúde, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde” (Cecílio, 1997), onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.51).

Esta modalidade de formação, estruturada na perspectiva da educação permanente, tende a promover mudanças no processo de trabalho, através de ações educativas embasadas na problematização das práticas do cuidado em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas.

## **○ O cenário das residências multiprofissionais em saúde no Pará: avanços e desafios**

No Estado do Pará a responsável em acompanhar o andamento de todas as residências em Saúde é a Coordenação de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado-SESPA através da sua Gerência de Educação Permanente.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 53):

A avaliação e o monitoramento deverão considerar como condição relevante a territorialização política e social das necessidades em saúde, de modo a permitir a compatibilização da formação com as intervenções epidemiológicas, demográficas e culturais necessárias em cada população territorializada. Ao eleger as necessidades em saúde e a cadeia do cuidado progressivo à saúde como fatores de exposição às aprendizagens e para o processo de educação permanente, os diversos atores em formação deverão desenvolver novas propostas pedagógicas, que

sejam capazes de mediar a construção do conhecimento e dos perfis subjetivos, nessa perspectiva

Ao monitorar as residências em saúde em 2015, a Gerência de Educação Permanente em Saúde (GEP) identificou a necessidade da construção de processos regulatórios afinados com a Política de Educação Permanente em Saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novos cursos de graduação e pós-graduação (as residências em saúde, por exemplo), no dimensionamento do número de vagas e na sua distribuição geográfica.

No território paraense estão em funcionamento 11 Programas de Residência Multiprofissional, majoritariamente concentrados na capital do Estado, totalizando 256 profissionais atuando no SUS com bolsas de residência financiadas pelo Ministério da Saúde ou Ministério da Educação (TABELA 1).

**Tabela 1 - Quantidade de vagas em residência multiprofissional (R1 e R2), em 2015 por área de concentração, instituição e região de saúde**

QUANTIDADE DE VAGAS EM R1 E R2			
ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO	EM VIGOR EM 2015		
	QTD R1	QTD R2	TOTAL
Saúde Da Mulher e da Criança - UFPA/ HSAMZ (Bragança/Rio Caetés)	12	12	24
Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia - UEPA (Santarém/ Baixo Amazonas)	14	14	28
Atenção à saúde mental - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	9	9	18
Estratégia saúde da família - UEPA (Belém/ Metropolitana I)	12	12	24
Oncologia - Cuidados Paliativos - UEPA/HOL (Belém/ Metropolitana I)	10	10	20
Residência Multiprofissional em Nefrologia - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	3	3	6
Atenção A Saúde Cardiovascular - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	13	13	26
Saúde da mulher e da criança - UEPA/ SANTA CASA (Belém/ Metropolitana I)	18	18	36
Urgência e emergência no trauma - UEPA/HMUE (Belém/ Metropolitana I)	6	6	12
Cuidado em saúde do idoso - UFPA/HUJBB (Belém/ Metropolitana I)	14	14	28
Cuidados em oncologia - UFPA /HUJBB (Belém/ Metropolitana I)	17	17	34
TOTAL (R1 + R2)	128	128	256

**Fonte:** GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Estado do Pará. Belém - Pará: GEP/CES/DGTES/SESPA, 2015.

No 3º Quadrimestre de 2015 foram avaliados 06 novos projetos de Residência Multiprofissional e um projeto de ampliação de vagas no programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família da UEPA. Após ajustes dos projetos e pactuações municipais e Estadual, as instituições proponentes concorreram nos editais do Ministério da Saúde (EDITAL Nº 12, DE 28 DE AGOSTO DE 2015) e do Ministério da Educação (PROCESSO DE SELEÇÃO 22 de setembro de 2015 - CONCESSÃO DE BOLSAS DE RESIDENTES EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO) aprovando em dezembro de 2015, 04 novos programas de residência multiprofissional no Estado e a ampliação de 06 vagas em Estratégia Saúde da Família da UEPA, totalizando 308 vagas em residência multiprofissional para 2016 (TABELA 2).

**Tabela 2 - Quantidade de vagas em residência multiprofissional (R1 e R2), em 2016, por área de concentração, instituição e região de saúde**

QUANTIDADE DE VAGAS EM R1 E R2					
ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO	VIGOR EM 2015			VIGOR EM 2016	
	QTD R1	QTD R2	TOTAL	QTD R1	TOTAL
Saúde Da Mulher e da Criança - UFPA/ HSAMZ (Bragança/Rio Caetés)	12	12	24		24
Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia - UEPA (Santa-rém/ Baixo Amazonas)	14	14	28		28
Atenção à saúde mental - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	9	9	18		18
Estratégia saúde da família - UEPA (Belém/ Metropolitana I)	12	12	24	6	30
Oncologia - Cuidados Paliativos - UEPA/HOL (Belém/ Metropolitana I)	10	10	20		20
Residência Multiprofissional em Nefrologia - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	3	3	6		6
Atenção A Saúde Cardiovascular - UEPA/FHCGV (Belém/ Metropolitana I)	13	13	26		26
Saúde da mulher e da criança - UEPA/ SANTA CASA (Belém/ Metropolitana I)	18	18	36		36
Urgência e emergência no trauma - UEPA/HMUE (Belém/ Metropolitana I)	6	6	12		12
Cuidado em saúde do idoso - UFPA/HUJBB (Belém/ Metropolitana I)	14	14	28		28
Cuidados em oncologia - UFPA/ HUJBB (Belém/ Metropolitana I)	17	17	34		34
Atenção ao paciente crítico - UFPA/HUJBB (Belém/ Metropolitana I)				17	17
Atenção a clínica integrada - UFPA/HUJBB (Belém/ Metropolitana I)				12	12
Atenção ao câncer - UEPA/HOL (Belém/ Metropolitana I)				9	9
Atenção em hematologia- UEPA/HEMOPA (Belém/ Metropolitana I)				8	8
TOTAL (R1 + R2)	128	128	256	52	308

**Fonte:** GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Estado do Pará. Belém - Pará: GEP/CES/DGTES/SESPA, 2015.

Em 2016 estarão em funcionamento no Pará 15 Programas de Residência Multiprofissional, representando um crescimento de 36,4% dessa modalidade de formação de recursos humanos em saúde (FIGURA 6). Com a oferta de novos programas de Residência Multiprofissional observa-se um aumento de 20,3% do quantitativo de vagas e, conseqüentemente, do número de profissionais em formação no SUS (FIGURA 7).

**Figura 7 - Comparativo da oferta de programas de residências multiprofissionais em 2015 - 2016**



Fonte: GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Pará, 2015.

**Figura 8 - Comparativo da oferta de vagas programas de residências multiprofissionais em 2015 - 2016**



Fonte: GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Pará, 2015.

Ao analisarmos o quantitativo de bolsas financiadas, observa-se que o Ministério da Saúde (MS) permanecerá em 2016 como o principal financiador dos Programas de Residência Multiprofissional no Estado do Pará sendo responsável por 193 bolsas em 2016 o que corresponde a 63% do total de bolsas ofertadas (FIGURA 8). Entretanto, nota-se um crescimento do financiamento do Ministério da Educação, em termos percentuais, passando de 34% em 2015, para 37% em 2016 (FIGURA 9), fato que pode ser explicado pela aprovação de 02 novos programas de residência multiprofissional pela Universidade Federal do Pará/Hospital Universitário João de Barros Barreto no edital do MEC (TABELA 2).

**Figura 9 - quantitativo anual de bolsas por órgão financiador no Pará 2015-2016**



**Fonte:** GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Pará, 2015.

**Figura 10 - crescimento percentual de bolsas por órgão financiador 2015 - 2016**



**Fonte:** GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Pará, 2015.

Em 2013 iniciou a descentralização das residências multiprofissionais em Saúde no Estado com a oferta de Programas de residência nas regiões de Saúde do Baixo Amazonas (Santarém), Araguaia (Redenção) e Xingu (Altamira), havendo descontinuidade em 2014 da oferta de vagas por falta de infraestrutura e recursos humanos nas regiões Araguaia e Xingu. Ainda em 2014, inicia-se a interiorização de vagas de residência multiprofissional na Região Rio Caetés, com a abertura do Programa de Residência em Saúde da Mulher e da Criança no Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria (HSAMZ) em Bragança. Apesar dos esforços para criar e manter cursos de residência multiprofissional no interior do Estado do Pará, constata-se uma concentração dos programas de residência multiprofissional na Região Metropolitana I com 09 programas em 2015 e 13 programas em 2016, o que corresponde a 82% em 2015 e 87% em 2016 (FIGURA 10).

**Figura 11 - quantidade anual de programas de residência multiprofissional por região de saúde 2015 - 2016**



**Fonte:** GEP. Monitoramento das Residências em Saúde no Pará, 2015.

Dentre os fatores que levam a maior concentração dos programas de residência multiprofissional na região metropolitana I podemos citar:

- Maior centralização de Instituições de Ensino Superior (IES) e de cursos de graduação da área da saúde na região metropolitana I;
- Necessidade de vínculo com uma Instituição de Educação Superior para criação de um programa de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde;
- Formação na saúde ainda voltada para questão da doença (medicina

curativa), onde o hospital configura-se como principal espaço de formação;

- Pouca valorização dos profissionais da rede de atenção primária e de ações preventivas de saúde;
- Alta rotatividade de profissionais de saúde nos serviços municipais;
- Insuficiência de pessoal técnico e infraestrutura da rede de serviços de saúde;
- Pouco conhecimento das realidades de saúde regionais e, por conseguinte, da necessidade de formação em saúde;
- Incipiente integração ensino-serviço-comunidade;
- Desconhecimento da rede de atenção à saúde;
- Pouco conhecimento dos critérios de referência e contra-referência;
- Ausência de um plano de valorização de tutores, preceptores e coordenadores de residências, sejam elas multiprofissionais, uniprofissionais ou médicas;
- Escassez de especialistas, mestres e doutores nas áreas de concentração dos programas ou áreas afins no interior do Estado;
- Insuficiência de bibliotecas atualizadas com acervo de livros e periódicos pertinentes ao Programa de Residência Multiprofissional, salas em número suficiente e pontos de acesso às bases de dados virtuais;
- Escassez de infraestrutura mínima indispensável para efetivação do programa como salas de aulas em número suficiente para discussões de casos, aulas teóricas e local de repouso apropriado para os residentes.

Constata-se que a residência multiprofissional tem como desafio a construção da integralidade da atenção e atuação multiprofissional fomentando os gestores, os profissionais, os docentes e o controle social a construir linhas de cuidado em consonância com as necessidades das populações locais.

É importante investir nas universidades públicas e na interiorização das mesmas objetivando a criação de cursos de graduação na área da saúde e fixação de docentes e profissionais em todas as regiões de Saúde do Estado, o que possibili-

tará a manutenção e expansão dos programas de residência multiprofissional em saúde assegurando o ingresso de graduados provenientes da própria região.

Assim, faz-se necessário sensibilizar todas as esferas de gestão, as Universidades, os profissionais da área da saúde e o controle social para a importância do (a):

- Continuidade e expansão dos programas de residência multiprofissional para as regiões mais carentes do Estado do Pará;
- Criação e melhoria de infraestrutura dos espaços de cuidado e de formação em saúde (serviços e universidades);
- Maior integração ensino-serviço- comunidade;
- Mapeamento dos residentes em formação e egressos;
- Organização dos campos de prática, com cadastro único de preceptores, tutores e docentes;
- Produção científica e divulgação destas para além das fronteiras estaduais;
- Valorização de egressos de programas de residência multiprofissional.

Por fim, considerando que a residência multiprofissional em saúde é um processo de formação em serviço e não uma estratégia para provimento de recursos humanos dentro das unidades assistenciais, destacamos a seguinte realidade das residências em saúde no Estado:

- Insuficiência na avaliação da qualidade desses processos de formação no âmbito estadual;
- Processos de formação desarticulados com o SUS, que não problematizam os processos de trabalho e tampouco contribuem para a organização dos serviços;
- Indefinição de processos avaliativos de preceptores e tutores dos programas ocasionando um desconhecimento das necessidades de atualização e formação desses trabalhadores para o acompanhamento dos residentes nos serviços;
- Falta de análise da capacidade instalada dos serviços que ofertam os programas para melhor planejamento e inserção dos residentes;

- Infraestruturas inadequadas ou insuficientes dos serviços assistenciais para o desenvolvimento de atividades educacionais;
- Estruturas de gestão do ensino e pesquisa não uniformes nos serviços assistenciais dificultando a organização dos processos de formação;
- Fragilidade ou inexistência de metas e indicadores ligados ao ensino pactuados juntamente à gestão, nas unidades assistenciais;
- Ausência de um Sistema Estadual de Residências de Saúde o que dificulta o monitoramento desde a abertura do programa de residência até a seleção e conclusão do residente.

## ○ Considerações Finais

Entre as metas da Gerência de Educação Permanente da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) identifica-se o monitoramento e a avaliação dos programas de residência multiprofissional em saúde no Pará. Entretanto, constata-se a partir da análise do relatório de 2015 que se realiza o monitoramento de acordo com as informações coletadas com as Comissões de Residência Multiprofissionais (COREMUS) e com as coordenações das residências por meio de planilhas do Excel.

Para o processo de avaliação e acompanhamento das ações previstas nas metas da Gerência de Educação Permanente em Saúde, bem como de indicadores que possibilitem a mensuração de impactos desses processos de formação, faz-se necessário criar e manter processo de avaliação sistemática através da criação e implementação de um Sistema Estadual de Residências em Saúde.

Além disso, um sistema de monitoramento das residências em saúde no Pará possibilitará conhecer a infraestrutura dos programas e a qualidade da formação prestada, ao mapear:

- A formação e atualização dos profissionais que atuam como preceptores, tutores;
- Os espaços do cuidado e de formação em saúde;
- A adoção de propostas curriculares inovadoras;
- As estratégias de fixação de profissionais;

- As práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao trabalho em equipe;
- O acesso aos estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor estadual da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde;
- A urgência em estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo dos processos de formação em saúde;
- A necessidade de incorporação dos conhecimentos sobre cuidados e responsabilização das equipes de saúde às pessoas assistidas, com continuidade da assistência em toda linha de atenção à saúde.

## ○ Referências

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface, Botucatu**, v. 2, n. 2, p. 139-154, Feb. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008). Acesso em 18 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Portaria N° 1.996 GM/MS, 2007.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana; OLIVEIRA, Nathalia. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal, RN: UNA, 2016, 254p. CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Jun 2004, vol.14, no.1, p.41-65.

DAVINI, MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** [Internet]. Brasília: 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_na](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_na)

cional\_educacao\_permanente\_saude.pdf. Acesso: em 20 jan. 2017.

HAUBRICH, P.L.G; SILVA, C.T; KRUSE, M.H.C; ROCHA, C.M.F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v.1, n.1, 2015, p.47-56.

MEDEIROS, N. M. Holanda de. **Educação Permanente em Saúde**: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. São Paulo: Unifesp, 2015. 240p.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro (Org.). **Educação Permanente em Saúde: experiência viva na rede brasileira de escolas de saúde pública**. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/RedEscola, 2016, 131p.

# SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

15

## Organizadores:

**ALCINDO ANTÔNIO FERLA:** Médico, doutor em educação. Professor dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Ufrgs), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Pesquisador em saúde coletiva e ensino e educação na saúde. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

**DENISE BUENO:** Farmacêutica. Professora associada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia. Coordenadora do Programa de Pós-graduação Assistência Farmacêutica. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

**GABRIEL CALAZANS BAPTISTA:** Psicólogo, mestre em saúde coletiva (UFRGS), doutorando em psicologia (UFPA). E-mail: g.calazans.baptista@gmail.com

**JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT:** Cientista Social. Doutor em História das Ciências e da Saúde. Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA no Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

## Autores:

**ALINE MARIA FURTADO DE CARVALHO:** Graduação em Enfermagem. Residente Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia- EFSFVS. E-mail: alinevip125@yahoo.com.br.

**AMY TANAAMI:** Terapeuta Ocupacional Especialista. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: amy.tanaami@gmail.com.

**ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO:** Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Fameb, UFBA. Doutoranda em Psicologia pela UFBA. E-mail: accm100@yahoo.com.br.

**ANA CLAUDIA CAMARGO GONÇALVES GERMANI:** Doutora. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: accgermani@usp.br.

**BRUNA CAMPOS DE CESARO:** Fonoaudióloga, Especialista em Educação Permanente em Saúde em Movimento - UFRGS, Mestranda Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFRGS, Secretária Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. E-mail: brunadecesar@gmail.com.

**BRUNO FALCÃO BATISTA:** Graduação em Educação Física. Residente Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia- EFSFVS. E-mail: brunofalcao\_b@hotmail.com.

**CYNTIA MONTEIRO VASCONCELOS:** Doutora em Saúde Coletiva, UECE e docente das Faculdades INTA. E-mail: cyntiamvasconcelos@gmail.com.

**EDLAINE FARIA DE MOURA VILLELA:** Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Profa. Adjunta da Universidade Federal de Goiás/ Regional Jataí. E-mail: edlaine@ufg.br.

**EDMILSON FERREIRA BEZERRA FILHO:** Estudante de Fisioterapia, Faculdades INTA. E-mail: edmilsonfereira@gmail.com.

**ELIAS NEVES DO NASCIMENTO FILHO:** Graduação em Terapia Ocupacional. Residente Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. E-mail: elias\_max\_@hotmail.com.

**ELIZEU CLEMENTINO DE SOUZA:** Doutor em Educação pela UFBA. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, UNEB. E-mail: esclementino@uol.com.br.

**EMILENE ANDRADA DONATO:** Mestre e Especialista em Saúde Pública - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ / PE; Especialização em Saúde Mental - UFPE; Professora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); colaboradora da Escola Técnica de Saúde de Alagoas Profa. Valéria Hora (ETSAL); Psicóloga da Secretaria de Saúde de Maceió- AL.

**FABIOLA SILVA LIMA:** Especialista em Epidemiologia e Saúde pela UFG Regional Jataí, Bióloga. Secretária em Centro Especializado. E-mail: fabiola\_silva\_lima@hotmail.com

**FERNANDA MARTINS:** Mestre em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/FIOCRUZ), bolsista de pesquisa do LIRES/EPSJV/FIOCRUZ. E-mail: fernanda.martins@fiocruz.br.

**FRANCISCO ROBSON PEREIRA BEZERRA:** Estudante de Educação Física, Universidade do Vale do Acaraú - UVA. E-mail: robysom-p@hotmail.com.

**GABRIELA JUNQUEIRA CALAZANS:** Mestre em Psicologia Social, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: gajuca@usp.br.

**GEORGE COÊLHO DOS REIS JÚNIOR:** Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro Reis Velloso; Pós-graduando em Gestão em Saúde pelo Núcleo de Educação a Distância da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: gheorgereis@outlook.com

**GICÉLIA ALMEIDA DA SILVA:** Graduação em Serviço Social. Residente Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. E-mail: gicelia.almeida@hotmail.com.

**HELEN BARBOSA DOS SANTOS:** Doutoranda e Mestre em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Gestão de Redes de Atenção em Saúde pela Fiocruz, Residências em Atenção Básica e Atenção Básica em Saúde Indígena pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: helenpsi@yahoo.com.br

**HELENA TEREZINHA HUBERT SILVA:** Médica, Doutora em Patologia - Programa de Pós-Graduação em Patologia, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA. E-mail: hubert@ufcspa.edu.br.

**IZABELLA CADORE:** Especialista em Epidemiologia e Saúde pela UFG Regional Jataí, Biomédica. Atua na Vigilância Epidemiológica e Sanitária da cidade de Seranópolis/GO. E-mail: iza.cadore@hotmail.com.

**JHULYANE CRISTINE DA CUNHA NUNES:** Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro Reis Velloso. E-mail: jhulycunha@gmail.com

**KYVIA NAYSIS DE ARAÚJO SANTOS:** Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro Reis Velloso; Mestranda em Ciências Biomédicas pela Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro Reis Velloso. E-mail: kyvianaysis@gmail.com.

**LILIANE ELZE FALCÃO LINS KUSTERER:** Doutora em Patologia Humana pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, FAMEB, UFBA. E-mail: lkusterer@gmail.com.

**LORENNA SARAIVA VIANA:** Graduação em Enfermagem. Residente Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia- EFSFVS. E-mail: lorennasaraiva0@gmail.com.

**MÁRCIA MARIA BRAGANÇA LOPES:** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Pará - Escola de Enfermagem Magalhães Barata (1980). Mestrado em Ciências - Área de concentração: Política e Planejamento, pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz (2001). Doutorado em Filosofia da Enfermagem - Área de Concentração Filosofia, Saúde e Sociedade, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Diretor Adjunto do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

**MÓNICA PADILLA:** Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde - OPAS/OMS Brasil.

**NARA MARIA HOLANDA DE MEDEIROS:** Doutora. Professora Convidada da Disciplina de Educação Interprofissional da Faculdade de Medicina da USP- Departamento de Medicina Preventiva. E-mail: nm.holanda.medeiros@uol.com.br.

**PATRÍCIA COELHO DE SOAREZ:** Doutora. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: paty.soarez@gmail.com.

**RAQUEL CRISTINA CAMPOS DOS SANTOS:** Bibliotecária, Especialista em Gestão da Informação em Bibliotecas Digitais; Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS; Especializando em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Membro do Comitê Consultivo da Biblioteca Virtual de Economia da Saúde-BVS ECOS; Membro do Comitê Nacional da Rede Bibliosus; Membro da Comissão de Coordenação Estadual do PROVAV e Mais Médicos do Estado do Pará. Gerente de Documentação e Informação da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA).

**ROGÉRIO ANDRADE DOS SANTOS:** Graduado em Terapia Ocupacional. Mes-

trando em Ciências da Religião. Universidade Federal de Sergipe. E-mail: aga-pe900@hotmail.com.

**ROSANA MACHIN:** Doutora. Professora da Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva da USP. E-mail: rosana.machin@gmail.com.

Sergio Munck: Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde (NUTES/UFRJ), tecnologista em saúde pública do LIRES/EPJ/FIOCRUZ. E-mail: sergio.munck@fiocruz.br.

**TERESA CHRISTINA DA CRUZ BEZERRA DE SENA:** Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (2003). Especializando em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - FIOCRUZ/UFPA (2017), em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo IEP/Sírio-Libanês (2015) e em Gerontologia pela PUCMinas (2008). Mestre em Gerontologia Social pela PUCSP (2013). Gerente de Educação Permanente da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).

## ○ Avaliadores / Revisores:

Esta publicação teve os originais submetidos à revisão de pares. Os avaliadores dos manuscritos foram: **Odete Torres, Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista, Júlio Cesar Schweickardt.**



A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).



[editora.redeunida.org.br](http://editora.redeunida.org.br)

O conjunto de textos que compõem esse livro é formado por experiências selecionadas a partir de uma chamada pública de manuscritos sobre a educação e o trabalho interprofissional, que gerou outros três livros. Aqui foram agrupados textos que têm em comum as interseções ensino e trabalho na saúde que geram aprendizagens com a prática e que produzem a atuação em coletivos. As presenças mais frequente, em termos teóricos e analíticos, são tecnologias relacionais, engendradas no cotidiano como necessidade para respostas aos problemas complexos e contextos de grande diversidade nos quais as experiências se desenvolveram. Complexidade derivada da natureza das questões que mobilizam o trabalho (saúde mental, saúde do homem, promoção da saúde) e da produção em ato em diversos programas de residência multiprofissional, onde saberes e fazeres, docentes e assistenciais, constituem pontes de aproximação do trabalho que lhe é constitutivo e que, em grande medida, também inventam esse trabalho.

