
TRABALHAR E APRENDER EM CONJUNTO: POR UMA TÉCNICA E ÉTICA DE EQUIPE NA SAÚDE

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt

Ricardo Burg Ceccim

Daniele Noai Gai

Denise Bueno

Alcindo Antônio Ferla

Vivências em Educação na Saúde, 15

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt

Ricardo Burg Ceccim

Daniele Noai Gai

Denise Bueno

Alcindo Antônio Ferla

**TRABALHAR
E APRENDER
EM CONJUNTO:
Por uma técnica
e ética de equipe
na saúde**

1º Edição
Porto Alegre/RS 2019
Rede UNIDA



COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA
Túlio Batista Franco

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

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 Federal do Rio México, Estados Unidos da América
Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - 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
Háider 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
Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano 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 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
Renan Albuquerque Rodrigues - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, 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 Edí Chaves - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli 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 Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Maria Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial
Márcia Regina Cardoso Torres
Gabriel Calazans Baptista

Projeto gráfico Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Diagramação / Arte da Capa
Junio Pontes

Revisão
Júlio Cesar Schweickardt
Denise Bueno
Alcindo Antônio Ferla

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

T758

**Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde/
Julio Cesar Schweickardt... [et al.], organizadores**

1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.
ISBN (Eletrônico): 978-85-54329-29-7

182 p.: - (Série Vivências em Educação na Saúde; n°15)
DOI: 1018310/9788554329297

1. Educação Interprofissional. 2. Estudos Interdisciplinares. 3. Educação Continuada. 4. Aprendizagem Baseada em Problemas. 5. Sistema Único de Saúde. I. Schweickardt, Julio Cesar (org.). II. Série.

NLM: WA18

Catalogação elaborada pela Editora Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, N° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Vivências em Educação na Saúde, 15

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.

TRABALHAR E APRENDER EM CONJUNTO: Por uma técnica e ética de equipe na saúde

ESTA OBRA 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:

Fabiana Mânica Martins, Sônia Maria Lemos, Júlio Cesar Schweickardt, Ricardo Burg Ceccim, Dani Noal, Denise Bueno, Alcindo Antônio Ferla. Gabriel Calazans Baptista.

1º Edição
Porto Alegre/RS 2019
Rede UNIDA

SUMÁRIO

- 1 Apresentação: Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: técnica e ética de equipe na saúde** (Mônica Padilla - OPAS) 08
- 2 Coletivos; grupelhos; equipes: aprendendo a trabalhar em conjunto na saúde** (Júlio César Schweickardt, Daniele Noal Gai, Fabiana Mânica Martins, Sônia Maria Lemos, Ricardo Burg Ceccim, Denise Bueno, Alcindo Antônio Ferla) 15
- 3 O sistema de regulação das práticas de ensino na saúde no Ceará: uma experiência exitosa** (Roberta Duarte Maia Barakat, Antônia Cristina Jorge, Camila Campos Colares das Dores, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva - UECE) 24
- 4 Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produção mediada pelos afetos** (Ana Ecilda Lima Ellery, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - UFC) 36
- 5 Orientações interprofissionais sensíveis e criativas aos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: um relato de experiência** (Michele Vicente Torres, Hengrid Graciely Nascimento Silva, Brena Costa de Oliveira, Daniel Pereira de Amorim, Letícia Graziela Lopes França, Valéria Monteiro Beserra da Silva, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista, Flávia Henriques Baião - UESPI) 50
- 6 Relação terapêutica humanizada: um estudo sobre a empatia dos profissionais de saúde da clínica médica** (Maria Mabel Nunes de Moraes, Leilane Menezes Maciel Travassos - FACULDADE SANTA MARIA) 71
- 7 A realidade da formação interdisciplinar na graduação: relato de experiências vividas na Universidade Federal de Santa Maria/RS** (Aiodelle Machado, Paolla Zellya Borges, Caroline Morsch - UFSM) 86

- 8 "Caminhos improváveis: um convite ao olhar periférico": contribuições para formação interprofissional em saúde por meio da arte** (Nara Maria Holanda de Medeiros, Carlos A. S. Garcia Junior, Heloísa Germany, Doriane Périco Lima - MEC) 99
- 9 Construção coletiva do cuidado em saúde: o projeto terapêutico singular como prática interprofissional no hospital** (Joyce Hilário Maranhão, Jéssica Lourenço Carneiro, Lídia Helena Bezerra Azevedo, Clara Wirginia de Moura Queiroz - -ESP/CE) 113
- 10 Conexões de saberes: em pauta a saúde** (Lucas Rodrigo Batista Leite - UFMT) 125
- 11 O cuidado multiprofissional como estratégia na abordagem à saúde do idoso: relato de uma intervenção** (Roseli Mai, Valéria Baccarin Ianiski, Camila Fabiana Lemos Franciscato, Karla Renata de Oliveira, Elisiane Bisognin - UNIJUI) 135
- 12 Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas** (Bárbara Santos Ribeiro, Edite Lago da Silva Sena, Sâmia de Carliris Barbosa Malhado, Lucas Queiroz Subrinho, Darci de Oliveira Santa Rosa, Patrícia Anjos Lima de Carvalho - UESB) 145
- 13 O que é educar em saúde? Apontamentos a partir de uma experiência de formação no SUS** (Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena - SES/PA). 158
- 14 Sobre os Autores e Autoras** 174
-

APRESENTAÇÃO: Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: técnica e ética de equipe na saúde

01

Mónica Padilla

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 maneiras 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 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 trata do ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde. Reúne A coletânea contempla 13 capítulos, somando 40 autores em colaboração, abrangendo 4 regiões geopolíticas nacionais e envolvendo 08 estados da federação. A obra articula a vivência do exercer o trabalho mediante o aprender junto, configurando desafios técnicos e éticos à colaboração na prática das profissões e dos serviços, provendo comunicação acerca do sensível, da arte, da mediação por afetos e construção coletiva do cuidado, a humanização da terapêutica, a regulação das práticas de ensino e a educação em saúde, além do olhar aos agentes comunitários da saúde no tocante ao cuidado em saúde em face do uso de drogas.

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 com-

plexas 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. 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. Acesso em 05/03/2019.

Coletivos; grupelhos; equipes: aprendendo a trabalhar em conjunto na saúde

02

Júlio César Schweickardt
Daniele Noel Gai
Fabiana Mânica Martins
Sônia Maria Lemos
Ricardo Burg Ceccim
Denise Bueno
Alcindo Antônio Ferla

Partimos da ideia de que esse é um Livro-Rede que tem as suas “máquinas teóricas”, e para isso selecionamos excertos de Guattari (1985, p. 12) que podem ser disparadores de pensamento: “Militar é agir. Pouco importam as palavras, o que interessa são os atos. É fácil falar, sobretudo em países onde as forças materiais estão cada vez mais na dependência das máquinas técnicas e do desenvolvimento das ciências”.

Abram um convite, leitores. Sintam-se convidados para sentarem-se em uma roda de conversa acompanhada de curiosidade, de livros, de chás e de receitas de saúde. Este texto de abertura é compartilhado e cede autorias, propõe a composição e se dissolve nas intensidades de um coletivo, um grupelho interprofissional. Assim, falamos de um lugar que traz conversações, iniciando nessas primeiras palavras, quando uma Educadora Especial, uma Enfermeira, um Teólogo e Cientista Sociólogo e uma Psicóloga que se reúnem para dar o pontapé inicial na conversa.

Por encontros que apenas a militância pelo SUS explicaria: nos reunimos neste quarteto num contexto específico: na Amazônia! Para dar exatidão àquela e àquele que nos lê: nosso encontro com zonas de amorosidade e transparência se deu em Manaus. A natureza amazônica e suas forças são indiscutíveis, a saúde é produzida nas relações com um território marcado pelas águas, que nos arriscamos a afirmar ser um “território líquido”, que necessita de arranjos tecnoassistenciais diferenciados, assim como outras modelagens para as ações interprofissionais. A saúde num lugar complexo exige um trabalho em equipe com respostas também complexas.

- Mas há limite em algum lugar? - É cheio de limites! Mas não fechados. Eles sempre pensam sobre uma separação; e isso começa já na iniciação, quando um indivíduo se separa de sua mãe. [...] há uma diferença entre o “nós de duas pessoas e o “nós” de várias. Com efeito, onde o terceiro intervéem, mesmo que isso se dê explicitamente, há uma diferença entre dizer um nós que inclui você (a pessoa com quem estou falando), e um nós que inclui outros sem você (Glowczewski, 2015, p. 50).

Como pensar em equipes ou encontros em que aconteçam trocas reais e propositivas para a saúde, e que contem com os usuários, as usuárias, as parteiras, as benzedoras, os rezadores, os pajés, a aprendizagem e o respeito pelos ritos, mitos, religiosidades e espiritualidades? Parece abstrato e pouco científico o que relatamos? Inicialmente é importante pensar em saberes, em equipes interprofissionais e seus saberes! Em todos casos, estamos falando de uma prática, de uma certa ética e de uma política que se dá nos territórios relacionais e existenciais.

Nos encontramos na Amazônia que, rigorosamente, está no centro do debate mundial, seja pela questão ambiental e seus desastres, mas também pelo olhar das populações que tradicionalmente habitam os lugares carregados de sentido. Temos, portanto, um compromisso ético e político da defesa das populações e os seus modos de vida nos diferentes territórios. Como espaço, temos um lugar de fala ou muitos lugares de fala. Falamos a partir de um coletivo de pesquisadores, estudantes, gestores, movimentos sociais e colabores na aproximação entre áreas, entre disciplinas, entre profissões, entre saberes, entre falas, entre experiências, entre vivências -- para o fortalecimento do SUS!

Ao reunirmos, por uma ética do cuidado em saúde, sabemos das trajetórias ziguezagueantes (Deleuze, 2019) que percorremos na produção e na partilha dos afetos. Não é redundante, tampouco piegas, dizer que o afeto dá a liga (cola, junção) à formação interprofissional e ao agir colaborativo em saúde. As trajetórias são como rios da vida, que nascem num determinado lugar, mas vai se somando a outras águas para dar sentido aos seus movimentos e afetos no encontro com os outros e com os lugares.

Com isso estamos dizendo que o que está no jogo não é só pensamento cognitivo, mas também o corpo, as palavras, os atos e os diferentes modos de agir nos lugares e com os lugares. Sim, os lugares também são afetados pela nossa prática. Já foi o tempo em que a cultura se identificava pela negação da natureza, pois como ignorar os movimentos que a terra, a floresta, os rios que se encontram com as nossas práticas. Como não lembrar da ideia do perspectivismo indígena (Castro, 1996; Descola, 2016), que coloca os seres da natureza como sujeitos ou como “gentes” que tem pensamento e uma ação sobre o

mundo. Portanto, não estamos mais falando somente de natureza-objeto, mas de sujeitos que possuem diferentes naturezas e um mesmo espírito. Assim, nossa interprofissionalidade está colada aos lugares e aos outros sujeitos que nos colocam num jogo de múltiplos encontros.

○ A interprofissionalidade como uma potência do encontro dialógico na saúde

Organizar este Livro da Editora da Rede Unida, que tem a proposta de acesso livre à informação, como os demais livros da Editora, tanto para divulgar as produções em seus diferentes formatos, nos traz um desafio para os modos de produzir ciência e os modos de realizarmos a fala a partir dos mundos da prática em saúde. Desse modo, entendemos que a produção num período em que uma revolução molecular, a partir de máquinas de guerra e desejo (Guattari, 1985), pode arquitetar práticas, teoria e reverberações no país que tem o Sistema Único de Saúde como patrimônio.

Partimos da perspectiva da dialogia, que pressupõe uma construção fundamentada na relação com o diferente, com o outro, que considera que todo diálogo se constitui em arenas de disputa, em ações micropolíticas de produção a vida. Por isso, os espaços de ação são públicos e coletivos, arenas democráticas em que desejamos as conversações e relações afetivas. A dialogia promove também a polifonia de vozes como um espaço potente de emergência do novo, do inédito viável. Desse modo, podemos dizer que todos os sujeitos fazem política quando promovem os encontros.

Segundo Bahkthin (1986) toda linguagem traz consigo os signos que só podem aparecer no terreno interindividual, isto é, o diálogo se dá entre pessoas que se encontram. Os signos são produtos da sociedade e da cultura, portanto, quando os indivíduos estão fazendo uso da linguagem estão inseridos em ideologias ou visões de mundo que compõem o grupo social. Por isso, as relações dialógicas ou interindividuais estão permeadas de conflitos e de disputas. Isso não significa dizer que esse tipo de relação traz uma conotação negativa, mas entender que as relações entre diferentes tem como pressuposto as relações de poder e as disputas pelos espaços de fala e do fazer. Desse modo, relações interprofissionais não significam ausência de disputa e de diferenças.

A palavra, segundo Bahkthin, “é o modo mais puro e sensível de relação social” (2002, p. 36). Assim, as palavras não são neutras, senão trazem consigo os sinais da subjetividade e as interpretações da ideologia dos sujeitos. “As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios” (p. 41). As palavras, portanto, não possuem uma pureza material neutra, mas são formadas a partir de infinitas relações e

interrelações que se dão no interior de uma realidade social. A palavra não é nem neutra nem transparente, mas uma construção múltipla e complexa que é a própria marca do discurso. Os diálogos são polifônicos por ser caráter ideológico e social.

A linguagem, portanto, tem um caráter plural e se constitui “como espaço onde convivem e dialogam diversas vozes representando, (...) diferentes pontos de vista que convivem numa permanente interação” (Sena, 1997, p. 79). Assim, podemos interpretar que a interprofissionalidade coloca em jogo diversas vozes, pontos de vista, perspectivas na interação. As relações entre profissões formam um espaço de interações e de encontros que exercitam o diálogo, pois colocam em prática a linguagem diversa e comum.

Confiamos que uma revolução molecular requer a composição, que se faz na inclusão das profissões em ação e no exercício das políticas do SUS. A composição não se faz na hierarquia e no privilégio de uma profissão em detrimento das outras. A estratégia é estimular e potencializar os espaços de formação interprofissional nas Universidades e nos serviços que possam valorizar os encontros nos territórios, nos coletivos, nos grupos e grupelhos.

Por que os grupelhos, ao invés de se comerem entre si, não se multiplicam ao infinito? Cada um com seu grupelho! Em cada fábrica, cada rua, cada escola. Enfim, o reino das comissões de base! Mas grupelhos que aceitassem ser o que são, lá onde são. E, se possível, uma multiplicidade de grupelhos que substituiriam as instituições da burguesia; a família, a escola, o sindicato, o clube esportivo etc. Grupelhos que não temessem, além de seus objetivos de luta revolucionária, se organizarem para a sobrevivência material e moral de cada um de seus membros e de todos os fodidos que os rodeiam (Guattari, 1985, p. 17).

Numa revolução molecular em que os grupelhos se filiam a um propósito comum é que podem ocorrer transversalidades, agenciamentos, generosidade e respeito. Existem montagens e desmontagens das equipes considerando a ética profissional, a ética do cuidado, a ética do trabalho colaborativo vivo em ato. A ação interprofissional tem como fim o usuário, que é quem ganha com uma intervenção colaborativa. Desse modo, toda ação coloca em jogo os saberes, as práticas e uma determinada ética no cuidar.

Imaginamos um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (Merhy, 2014, p. 124).

As ações em saúde são complexas e entendemos que os estudos e os re-

latos aqui apresentados são, ao mesmo tempo, partida e fim das práticas, inspiradoras de novas práticas no contexto do trabalho em saúde. A educação permanente em saúde foi resultado disso, de um recolhimento de experiências, de necessidades e de urgências dos trabalhadores em/da saúde. Com a educação permanente em saúde se produzem os encontros de aprendizagem nos cenários de cuidado. Tais agenciamentos coletivos e educadores podem ser sistematizados pelas trocas inter e entre profissionais, pelo planejamento de ações com efetiva participação do coletivo com suas intencionalidades e formas de cuidar.

As escrituras dos autores e autoras, presentes nesse livro-rede são de coletivos de diferentes estados brasileiros. Encontram-se estudos de estudantes de graduação e pós-graduação, relatos de estudos autorais de equipes em seus territórios e serviço. Os textos têm formatos diferentes: mostram a organização das equipes no serviço de saúde, apresentam a formação e experiência interprofissional, relatam oficinas para/com os usuários, as dinâmicas e invenções para o acolhimento e o matriciamento; outros ainda trazem propostas de cuidado através das artes; trazem a discussão das diretrizes curriculares nacionais e, por fim, desenvolvimento do cuidado com as populações específicas.

No capítulo intitulado **“O que é educar em saúde? Apontamentos de uma experiência de formação no SUS”**, a autora descreve momentos de uma “Cine-viagem”, metodologia que utiliza filmes no intuito de promover reflexões. A noção de encontro que é explorada nos filmes analisados nos remete a noção de encontro proposta por Espinoza, que considera que a vida é produto de encontros e afecções. Os diferentes modos de existência, produzidos por meio dos encontros que compomos na vida, podem aumentar ou diminuir as nossas capacidades de pensar, sentir e agir (Deleuze, 2002). Ao ensinar é preciso estabelecer um diálogo; isso significa que o preceptor e o educando precisam aprender. Cada pessoa, cada grupo social precisa descobrir a seu modo, as dimensões e possibilidades da realidade. Nesse processo, se valoriza o saber de todos.

O texto **“Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”** apresenta a experiência com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) através de grupo focal para a produção de narrativas com efeitos e sentidos que devem ter nossa atenção como leitores interessados na promoção da vida para todos e qualquer um. Os autores compreendem, mediante uma relação dialógica estabelecida com os participantes, que os ACS reconheceram a obrigatoriedade de adotar o princípio da universalidade em suas práticas de cuidado. Logo, salientaram a importância sobre atuar de forma equânime na comunidade, de modo a oportunizar para toda a população adscrita o acesso aos serviços de saúde, com inclusão das pessoas que consomem drogas.

No texto seguinte, **“O sistema de regulação das práticas de ensino na saúde”**

de no Ceará: uma experiência exitosa”, apresenta como a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) busca acolher as demandas das Instituições de Ensino Superior (IES) do Município de Fortaleza e de algumas Regiões do Estado do Ceará. Certamente essa postura e busca está contribuindo para a melhoria do processo de formação dos futuros profissionais de saúde, dando melhores respostas às necessidades da população e da operacionalização do SUS. A regulamentação/ regulação das práticas de ensino na saúde é uma das dimensões da formação em saúde e não pode ser dissociada das demais.

Conforme avançamos a leitura deste Livro-Rede encontramos as discussões acerca da **“Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produção mediada pelos afetos”**. A interprofissionalidade é, portanto, um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes. A modificação das práticas acontece também no núcleo específico de atuação de cada profissão. O trabalho colaborativo acontece na construção de um campo comum de intervenção, em que as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente. A crescente diversidade de trabalhadores nos serviços de saúde coloca frente a frente profissionais das mais distintas formações, com interfaces cada vez maiores nos saberes e práticas. Nesta concepção, a multiprofissionalidade só é factível e efetiva sob a ótica da interprofissionalidade.

O artigo intitulado **“Orientações interprofissionais sensíveis e criativas aos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: um relato de experiência”**, conta-nos sobre o público recebido com manifestações de cuidado, como técnicas de terapias manuais, carinho em rodas de música, corredores de cuidado, palhaçoterapia, registros fotográficos, sorrisos e abraços grátis. As metodologias ativas de ensino são fundamentais para aprimorar os conhecimentos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na formação interprofissional dos futuros profissionais de saúde e dos cuidadores. Práticas em saúde que priorizem a compreensão de cuidados para serem praticados, incluindo um foco em habilidades técnicas e de liderança, bem como uma variedade de experiências com famílias, podem revelar possibilidades para a formação em saúde que seja dinâmica, centrada no conhecimento científico e empírico das vivências dos acadêmicos, profissionais e comunidade.

O atendimento humanizado voltado para um acolhimento é o tema do texto: **“Relação terapêutica humanizada: um estudo sobre a empatia dos profissionais de saúde da clínica médica”**. Os profissionais de saúde são alertados para perceber os problemas pela dimensão biológicos, sociais e psicológicos dos usuários, mas também estar atentos para os aspectos culturais e emocionais para um cuidado humanizado. Assim sendo, o objetivo da pesquisa foi compreender a

importância de um relacionamento terapêutico empático no processo de recuperação do paciente. A pesquisa foi realizada na clínica médica do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) com os profissionais da classe médica, enfermagem e técnicos de enfermagem, como também com os internos que vem fazendo uso do serviço.

Uma escritura elaborada por acadêmicas acerca do Projeto Pedagógico dos Cursos de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), leva o título de **"A realidade da formação interdisciplinar na graduação: relato de experiências vividas na Universidade Federal de Santa Maria/RS"**. O texto traz os anseios das autoras através dos relatos de experiências individuais nas disciplinas curriculares e optativas dos estágios obrigatórios e não obrigatórios, em estágios e vivências na realidade do SUS (VER-SUS) e projeto de extensão (PET-saúde). O investimento na formação dos alunos de graduação nos conduz a uma reflexão sobre o futuro do SUS. Nesse sentido, a educação interprofissional tem como objeto de reflexão as práticas interprofissionais no cotidiano dos serviços. A conjuntura conclama profissionais preparados para atuar na política pública de saúde brasileira. Estamos frente a uma grave crise econômica, ambiental, política, ética e social, somadas a políticas severas de ajuste neoliberal que estão promovendo desmontes nos direitos sociais conquistados. Por fim, temos o desafio de formar profissionais de caráter humanista, ético, crítico e reflexivo que dialogue com as necessidades das pessoas em seus territórios.

Outras possibilidades para a criação de equipes interprofissionais inspiradas nas artes e na educação permanente em saúde encontram-se no capítulo que leva o título **"Caminhos improváveis: um convite ao olhar periférico": contribuições para formação interprofissional em saúde por meio da arte**. O que pode a arte no repertório da saúde? Diferentes narrativas e performances, do Projeto "Caminhos Improváveis: um convite ao olhar periférico" irão discutir a mediação da arte como instrumento social que possibilitou acesso às diferentes linguagens artísticas e que se tornou uma ferramenta para o ensino interprofissional e criativo em saúde, cujo objetivo desse relato está em contribuir com o conhecimento que incorporou, na perspectiva interprofissional e interdisciplinar, com os processos de formação e educação permanente das profissões da saúde. O projeto citado foi uma construção coletiva (dos autores desse capítulo) de um portfólio artístico vivo, desenvolvido durante os encontros de Educação Permanente (EP) do Apoio Institucional no Ministério da Educação (AIMEC) com o objetivo do fortalecimento das ações educativas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cujo grupo era de abrangência nacional, com representantes de todos os estados que atuavam junto à interface da educação. O ensino e o trabalho em saúde no Brasil estão tanto marcados pelas necessidades de transformações, quanto pela imutável rigidez de suas organizações que andam na contramão da transformação do ensino e do trabalho pelos estudantes e trabalhadores, de tal maneira que, em geral, os ritmos e os

riscos do trabalho vem impossibilitando o exercício do processo criativo e crítico, ademais afetando a saúde mental de profissionais e estudantes.

Discussões relevantes para a interprofissionalidade como produção e construção partilhadas por agentes em seus coletivos organizados se estruturam no capítulo intitulado **“Construção coletiva do cuidado em saúde: o projeto singular como prático interprofissional no hospital”**. Apresenta-se um relato de experiência sobre a construção de uma ficha orientadora para a realização de projetos terapêuticos singulares (PTS) desenvolvida pelos residentes da primeira turma de residência multiprofissional e alguns dados advindos da elaboração e construção conjunta dos PTS em casos específicos de vulnerabilidade social. O intuito do relato é expor as potencialidades e fragilidades dessa prática interprofissional e inter-setorial no âmbito hospitalar. A vivência ocorreu entre março de 2014 a março de 2016, período em que primeira turma esteve no hospital. Consideramos o PTS um dispositivo capaz de concretizar as práticas de saúde de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, considerando a determinação social da vida, a participação ativa dos usuários e a ciência e o saber popular na produção do processo de saúde e adoecimento.

Entre os últimos capítulos encontramos o **“Conexões de Saberes: em pauta a saúde”**, que é um texto propositivo, trazendo em sua valise diversas possibilidades para a construção de equipes e modos de atuar coletivamente. Na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o PET Conexões possui 5 grupos, distribuídos em 02 campus universitários: Cuiabá e Rondonópolis. Em Cuiabá estão os grupos “Universidade, Saúde e Cidadania”, “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, “Diferentes Saberes e Fazeres” e “PET Indígena”. Rondonópolis abriga o grupo “Diálogo com a comunidade”. Os grupos “Universidade, Saúde e Cidadania” e “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, desde seu início na UFMT, em 2010, sempre trabalharam conjuntamente, desenvolvendo seus projetos de forma colaborativa. É a partir dessa articulação entre os dois grupos que se desenvolve este trabalho, enfatizando a atuação destes na saúde. Atualmente encontra-se em desenvolvimento no âmbito dos grupos projetos sobre Terapia Comunitária Integrativa, Vivências no Sistema Único de Saúde, Diversidade, Relações Raciais e Trabalho, Brinquedo terapêutico em pediatria, entre outros.

O último capítulo tem a apreensão com a saúde do idoso, e sob o título **“O cuidado multiprofissional como estratégia na abordagem a saúde do idoso: relato de uma intervenção”**. É um relato de experiência a partir da vivência de profissionais de saúde residentes, sobre a aplicação de um projeto de intervenção direcionado à população idosa de um território de saúde. O projeto de intervenção foi executado pelas profissionais de saúde das áreas de enfermagem, nutrição e psicologia juntamente com a equipe de saúde da USF, tendo como público alvo indivíduos idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes e domiciliados em um determinado território de

saúde. O desenho inicial do projeto de intervenção teve início no ano de 2014, e foi mantido até o ano de 2016 por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O período de execução das ações compreendeu 26 semanas, com início no mês de novembro de 2015 e conclusão em abril de 2016. As ações do projeto foram norteadas a partir de dispositivos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, com o intuito de qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa, questão essa, identificada como prioridade pelos profissionais de saúde da equipe da USF. A oferta do cuidado ocorreu por meio de grupos de saúde, salas de espera na USF, atendimentos individuais, visitas domiciliares, conversas informais pelo território de saúde, qualificação do registro das informações dos usuários (dados pessoais, diagnósticos, medicamentos, acompanhamento de saúde, necessidades especiais, ficha espelho) dentre outras ações.

Desejamos uma boa leitura, com o forte desejo de que possa ser feita em grupelhos, em equipe, entre as profissões e entre as disciplinas para potencializar os diálogos realizados nas mais diferentes arenas e espaços de ação. Nesse sentido, esse livro também tem a pretensão de ser livre e aberto a novos problemas que colocam o trabalho em saúde em discussão e em problematização. Por fim, entendemos que nos constituímos na diferença e na afetividade para a construção de espaços de conversa e de práticas. Bons encontros!!!

Referências

- Bakhtin, M. (1986). **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec.
- Castro, E.V. (1996). **Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio**. Mana vol.2, n.2, Rio de Janeiro.
- Deleuze, G. (1992). **Conversações**. São Paulo: Ed. 34.
- Descola, P. (2016). **Outras naturezas, outras culturas**. São Paulo: Ed. 34.
- Glowczewski, B. (2015). **Devires Totêmicos**. São Paulo: n-1 Edições.
- Guattari, F. (1985). **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Editora brasiliense.
- Merhy, E.E. (2014). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.
- Sena, O. (1997). **De Fernando a Fernando: as teias ideológicas do poder**. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC.

0 O sistema de regulação das práticas de ensino na saúde no Ceará: uma experiência exitosa

03

Roberta Duarte Maia Barakat
Antônia Cristina Jorge
Camila Campos Colares das Dores
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Silvia Maria Negreiros Bomfim Silva

Uma das importantes iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação foi ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do Sistema Único de Saúde - SUS". O Ministério da Saúde tem envidado esforços para integrar as políticas públicas aos serviços de saúde, buscando também relacionar a prática na formação com a assistência prestada à população, fortalecendo assim a tríade ensino-serviço-comunidade.

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece, no Artigo 200, inciso III, que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para o setor saúde (Brasil, 1988). Esta ordenação é importante para que haja uma adequação entre a oferta de cursos de formação de profissionais e a qualificação dos trabalhadores da saúde. Dessa maneira, o SUS passou não só a assumir um papel ativo na reorientação das estratégias, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde individual e coletiva, como também foi capaz de contribuir nas estratégias pedagógicas que compreendem o ensinar e o aprender.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas várias esferas de gestão e as Instituições de Ensino Superior (IES) (Brasil, 2004).

A construção do conceito de EPS teve início na década de 1980, período em que a concepção filosófica de sustentação da educação continuada foi fortemente criticada, pois vinha se caracterizando pelo estabelecimento de uma

educação parcelada/fragmentada, fora do contexto real das necessidades de saúde, ocorrendo de forma verticalizada, com separação entre a teoria e a prática (Haddad; Di Pierro, 1994; Ribeiro; Motta, 1996; Brasil, 2004).

A organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi a responsável por difundir nesta mesma década, a ideia de que para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde regional era preciso elaborar uma estratégia capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano de seus processos de trabalho. Entretanto, era necessário propor uma alternativa capaz de responder ao esgotamento do modelo da “educação continuada” caracterizada pela atualização de conhecimentos específicos, por meio de capacitações pontuais para determinadas categorias profissionais.

Ceccim (2005) esclarece que “como vertente pedagógica”, a educação permanente ganhou estatuto de política pública na área da saúde pela difusão da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região: “(...) os serviços são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de adesão dos trabalhadores nos processos de mudanças no cotidiano” (Ceccim, 2005, pág. 161).

Surge, assim, a necessidade de se rever as concepções pedagógicas predominantes, adotando-se um novo vocabulário para implantar as mudanças oriundas das transformações em andamento. A educação permanente apresenta-se, então, como uma opção que pode reorientar a formação dos trabalhadores, capacitá-los para reelaborar seus conhecimentos frente às especificidades de cada local, modificar suas práticas, promover o desenvolvimento profissional, e, conseqüentemente, reorganizar os serviços de saúde (Brasil, 2004).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS pode ser considerada como estratégia fundamental para a recomposição das práticas e políticas de formação, atenção e gestão, tendo o controle social no setor saúde como referência na sua composição. Ao se pensar os processos formativos no âmbito do SUS, é fundamental ter como base uma análise sobre a força de trabalho no setor saúde, especialmente levando em consideração as orientações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que requer por parte dos gestores e profissionais dos serviços o reconhecimento da importância dos processos formativos para o trabalho.

A referida política instituiu que a educação dos trabalhadores do SUS deve ser realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos prévios e as experiências anteriores, propondo que o processo de educação dos trabalhadores se faça a partir da problematização do processo de trabalho. Ela deve servir para preencher as

lacunas da formação acadêmica e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, sendo uma importante ferramenta de transformação do aluno/trabalhador na aquisição de competências para o trabalho (Brasil, 2007; 2009; Ceccim & Ferla, 2006).

Dessa forma, ela promove um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Outras potencialidades dessa estratégia envolvem o fortalecimento do controle social, a repolitização do SUS, o incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde-doença e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (Carotta, 2009).

As expectativas em torno dessa modalidade de formação devem-se ao fato de essa concepção pedagógica definir o cotidiano de trabalho como local privilegiado de aprendizagem, deslocando a ênfase do processo de formação, da dimensão técnico-científica para a dimensão do local, do específico e do cotidiano do trabalho. Ela baseia-se na aprendizagem significativa, levando em consideração os conhecimentos prévios e as experiências anteriores, propondo que o processo de educação dos trabalhadores se faça a partir da problematização do processo de trabalho (Ceccim, 2008).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o cenário da Educação Superior define-se, entre outras finalidades, como um espaço de estímulo ao conhecimento dos problemas atuais enfocando a prestação de serviço especializado à população. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) acolhem a importância do atendimento às demandas sociais destacando o SUS, convidando as IES a mudarem suas práticas pedagógicas na tentativa de trazer a realidade social ao corpo docente e discente, traçando uma ação horizontalizada e interventiva.

Tais princípios somente podem ser adquiridos em sua plenitude e de forma eficaz quando o aluno está inserido em um cenário de prática. No seu Art. 17, as DCNs relatam que as atividades acadêmicas devem fornecer elementos para a aquisição dos conhecimentos, habilidades e atitudes básicas necessárias ao exercício profissional (Brasil, 2004). Assim, essas atividades devem, de forma sistemática e gradual, aproximar o formando do exercício profissional correspondente às competências previstas para a formação.

Tendo conhecimento acerca das diretrizes atuais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) tem procurado acolher as crescentes demandas das IES do Município de Fortaleza e de algumas Regiões do Estado do Ceará, contribuindo para a melhoria

do processo de formação dos futuros profissionais de saúde, dando melhores respostas às necessidades da população e da operacionalização do SUS.

A regulamentação/regulação das práticas de ensino na saúde é uma das dimensões da formação em saúde e não pode ser dissociada das demais. A organização dos serviços e do trabalho tal como o encontramos na rede (no mínimo como campos de estágio) e as demonstrações de pensamento dos segmentos corporativos das profissões e dos governos também são processos formativos.

Nesse sentido, questiona-se: Como regular as práticas de ensino na saúde adotando uma ferramenta de regulação e monitoramento dessas práticas que otimize a operacionalização dos estágios entre as instâncias gestoras, a saber: SESA, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Instituições de Ensino Superior (IES)?

No intuito de responder a esse questionamento, este capítulo tem como objetivo descrever a experiência da implantação do Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde no Estado do Ceará (SisRePES).

○ O sistema de regulação das práticas de ensino na saúde da secretaria da saúde do estado do Ceará.

No Ceará, com base nas novas diretrizes da PNEPS/2007, foi aprovado no dia 10 de julho de 2008, pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU-CE), a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde do Ceará (PEEPS), a partir da Portaria N° 955 da Secretaria da Saúde do Estado.

Para operacionalizar a PEEPS, que considerou os pressupostos e diretrizes da PNEPS, a SESA criou a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES). Esta ficou responsável pela implementação da referida política, tendo como base as necessidades do SUS e a busca por uma formação adequada para o trabalho no âmbito da saúde no Estado. Atualmente, estas ações são de responsabilidade da Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente em Saúde (CGEPS).

Segundo Ceccim (2005), na operacionalização da EPS é imprescindível a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social, quadrilátero da Educação Permanente em Saúde, citando como componentes do quadrilátero da formação: análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da gestão setorial e; análise da organização social. Ele propõe mudanças no ensino, transmutando

do modelo tradicional biologicista para o incentivo à produção de conhecimentos nos próprios serviços; das práticas fragmentadas para os desafios da integralidade; da gestão desordenada para a gestão das RAS, voltadas para as necessidades e satisfação dos usuários.

Tal iniciativa visa à integração entre as áreas da Saúde e da Educação com o objetivo de fortalecer as IES, adequando sua formação às necessidades do SUS/CE, bem como à Rede de Serviços de Saúde do Estado, qualificando a atenção, com a adoção de práticas humanizadas pelos gestores, trabalhadores e profissionais que atuam como docentes, utilizando o SUS como Rede-Escola.

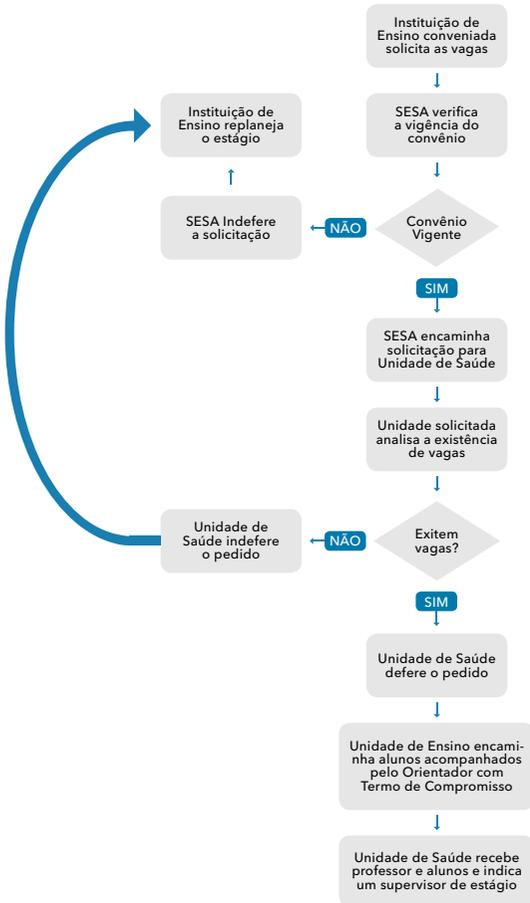
Uma das mais importantes atribuições da CGEPS é a *Regulação das Práticas de Ensino na Saúde*, sendo responsável pelo planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação dos estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios, em parceria com as IES do Ceará. Esta parceria encontra-se formalizada através de 27 convênios firmados, viabilizando anualmente o estágio de aproximadamente 11.000 alunos em 25 unidades de saúde da Rede SESA.

Até a metade de 2016, para solicitar uma vaga de estágio supervisionado, visita técnica, prática assistida ou internato, as IES deveriam, inicialmente, abrir um processo físico no protocolo da SESA. Este processo era então encaminhado à CGEPS que, após verificar a vigência do convênio da respectiva IES, redirecionava-o para a Unidade de Saúde (US) à qual a vaga havia sido solicitada. De posse desse processo, a US verificava se possuía disponibilidade para ofertar a vaga e respondia à CGEPS através de despacho, deferindo ou indeferindo a solicitação. Após retornar à CGEPS era incluído no processo um ofício de resposta, de acordo com a resposta da US. Em seguida o ofício era enviado à IES e o processo era arquivado. Esse fluxo durava cerca de 2 meses. Com a finalidade de simplificar e otimizar o acesso dos alunos à Rede SESA, no segundo semestre de 2016 foi desenvolvido e implantado pela CGEPS um sistema computacional baseado na web e chamado de Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde (RPES), disponível em (<http://extranet.saude.ce.gov.br/estagios/>).

Este sistema viabiliza ações de compartilhamento de informações, automatizando os processos de solicitações de estágios supervisionados, visitas técnicas, práticas assistidas e discussão dos processos e ações, colaborando assim com o fortalecimento do SUS. O sistema atua como uma ferramenta de gestão ensino-serviço-comunidade, pautada no quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, referenciado pelos autores Ricardo Burg Ceccim e Laura C. M. Feuerwerker (2004). O fluxo de solicitações permaneceu praticamente inalterado, respeitando o que já havia sido definido e homologado pela CGEPS. O SisRePES trouxe de ganho para a

gestão a agilidade e a possibilidade de monitorar e acompanhar em tempo real todo o processo de solicitação e concessão de vagas. A seguir apresenta-se o fluxograma de Regulação de Regulação implantado no Estado do Ceará.

Figura 1: Fluxograma de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde no Ceará.



Fonte: Elaboração própria das autoras.

Durante o ano de 2017, por meio da utilização do SisRePES, foram solicitadas mais de 22.000 vagas de estágio/visita técnica/prática assistida/internato para as unidades da Rede SESA, tendo sido deferidas cerca de 11.000 vagas, de

acordo com as solicitações das 27 IES conveniadas com a SESA. No quadro a seguir, apresenta-se um quadro com as referidas solicitações do semestre 2017.2.

Quadro 1: Solicitações de vagas por Unidade de Saúde, segundo instituição de ensino, semestre 2017.2.

| UNIDADES DE SAÚDE | Solicitadas | Deferidas |
|---|---------------|--------------|
| Centro Dermatológico Dona Libânia | 205 | 89 |
| Centro de Saúde Meireles | 56 | 11 |
| Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão | 270 | 180 |
| Centro de Especialidades Odontológicas Centro | 61 | 55 |
| Centro de Especialidades Odontológicas Joaquim Távora | 29 | 29 |
| Centro de Especialidades Odontológicas Rodolfo Teófilo | 12 | 01 |
| Coordenadoria de Assistência Farmacêutica | 65 | 40 |
| Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente em Saúde | 01 | 01 |
| Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde | 06 | 00 |
| Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde | 29 | 15 |
| Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria | 01 | 00 |
| Escola de Saúde Pública do Ceará - Unidade de Saúde | 12 | 00 |
| Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará | 326 | 126 |
| Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes | 2091 | 1336 |
| Hospital de Saúde Mental de Messejana | 713 | 388 |
| Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar | 686 | 250 |
| Hospital Geral de Fortaleza | 2481 | 1145 |
| Hospital Geral Dr. César Cals | 1261 | 709 |
| Hospital Infantil Albert Sabin | 1219 | 792 |
| Hospital São José | 867 | 435 |
| Instituto de Prevenção do Câncer | 423 | 256 |
| Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará | 108 | 36 |
| Núcleo de Saúde do Vapt-Vupt | 24 | 24 |
| Serviço de Verificação de Óbito | 152 | 116 |
| Unidade de Gerenciamento de Projetos - SESA | 02 | 00 |
| TOTAL | 11.100 | 6.034 |

Fonte: SisRePES, semestre 2017.2

○ Potencial inovador da experiência na inserção de graduandos no campo da prática em saúde no Ceará

A implantação do fluxo de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde foi uma ação pioneira do Ceará, servindo de referência para muitos estados do Brasil. Esse fluxo foi criado com base na legislação em vigor (Lei 11.788/08) e no Decreto Estadual N°29.704/09, que regulamenta a realização de estágios. Desde 2008 a SESA recebe alunos para realizar estágios nas suas unidades hospitalares e ambulatoriais. Somente em 2016.2 recebeu 7.655 graduandos de todas as profissões da saúde, sendo, 492 internos, 599 residentes médicos e 876 residentes multiprofissionais.

Registre-se que o Brasil é um dos poucos países que tem políticas inter-setoriais para regulamentar graduação e residência, mas aparentemente, tais iniciativas ainda são incipientes diante da demanda. O processo de regulação profissional, entendido como uma política pública é parte fundamental das políticas de saúde. Neste contexto, as demandas atuais e futuras dos grupos profissionais para regular suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios, como eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade, em nome do interesse da população (Poz, Perantoni, Girardi, 2013).

Os novos cenários de práticas de ensino-serviço (equipamentos sociais, educacionais, de saúde, comunitários etc) consideram a progressiva desinstitucionalização do ensino, proporcionando o protagonismo, o fortalecimento dos espaços híbridos em saúde e o envolvimento de todos os atores sociais no processo de gestão e reorientação da formação deste profissional, contemplando a atenção integrada sob todos os ângulos do campo da saúde.

O Estágio curricular, pela sua natureza, é uma atividade obrigatória e estabelecida pelas DCNs, em atendimento às normas legais. Consiste na permanência em uma entidade que se disponibilize a acolher o aluno, por um período pré-definido, durante o qual o estagiário desempenhará um conjunto de atividades consideradas relevantes para o desenvolvimento da sua experiência profissional e que beneficiem igualmente a entidade de acolhimento. É um momento de aprendizagem em que o acadêmico, mediante trabalho orientado, entra em contato com a realidade do campo de atuação profissional.

Em concreto, o estágio pressupõe a integração do estagiário nas atividades gerais da entidade concedente, com realização de tarefas em diversas áreas funcionais, a sua integração numa área específica ou o desenvolvimento de uma atividade singular, de interesse reconhecido pela entidade de acolhi-

mento. Em suma, o papel do estágio curricular é fomentar no aluno a interação entre o "saber" e o "fazer".

No ano de 1999, o estágio acadêmico teve início. Na época os estágios eram regidos pela Lei nº 6.494 de 7 de dezembro de 1977 e não havia uma regulamentação específica por parte da SESA/Ceará. A promulgação da nova Lei do Estágio (2008) fez surgir um novo cenário para a organização dos estágios (Brasil, 1977; Ceará, 2008).

● Desafios da experiência

A formação dos profissionais que atuarão no SUS é um componente decisivo para a efetivação da política estadual de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do serviço às demandas da população.

A dicotomia entre ensino e produção dos cuidados em saúde se ameniza quando a integração ensino-serviço-comunidade acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde, tendo como foco central o usuário.

Visando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei Nº. 9.394/1996, já apontava para a construção de um currículo integrado, com indicação de que o projeto político pedagógico seja edificado coletivamente; que as dimensões éticas e humanísticas sejam valorizadas; que a gestão desenvolva um sistema de corresponsabilização e de avaliação; que a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais; e que a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço-comunidade.

Nesta perspectiva, a Política de Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica sobre práticas reais, vivenciadas por profissionais nos diversos cenários da rede de serviços.

Segundo Paulo Freire (1983), o processo de ensino-aprendizagem pressupõe respeito à bagagem cultural do discente, bem como seus saberes construídos na prática comunitária. As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia. Portanto, a educação contemporânea deve pressupor a capacidade do discente de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação. O ensinar exige a autonomia e a dignidade de cada sujeito, é o alicerce para uma educação que leva em consideração o indivíduo como um ser que constrói a sua própria história.

Com efeito, é através do processo de ensino-aprendizagem que podemos gerar conhecimento. A educação na saúde faz do conhecimento ferramenta no processo pedagógico, contribuindo simultaneamente na formação do aprendiz e na integração do processo ensino-serviço-comunidade. A "...leitura do mundo precede a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele. ... Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos" (Freire, 2009, pág. 7).

Percebe-se que a EPS avança no Brasil com a dinâmica dos movimentos de mudança na atenção à saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços e sua adequação às reais necessidades de saúde da população. Também foi resultado de uma reflexão do processo de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde sendo considerada pelo Ministério da Saúde como "uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras" (Brasil, 2004 pág. 9).

○ Considerações Finais

O atual cenário da saúde no Brasil tem refletido mudanças significativas no âmbito sociodemográfico e epidemiológico, provocando novas necessidades de aprendizagem, principalmente aos trabalhadores da saúde. Associada a esta mudança emerge a primordialidade de criação de uma rede de atenção à saúde capaz de ofertar serviços com qualidade, pautada na humanização da atenção prestada ao cidadão e na adoção de uma política educacional capaz de articular ensino-serviço-comunidade com foco nas práticas pedagógicas inovadoras.

A integração ensino-serviço-comunidade pressupõe o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre discentes e docentes dos cursos de formação na área de saúde como também os trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se neste contexto os gestores.

Acredita-se que aprender seja necessariamente uma forma de praticar o conhecimento e apropriar-se de seus processos específicos. O fundamental no conhecimento não é a sua condição de produto, mas o seu processo. Por certo, o saber é resultante de uma construção histórica e coletiva.

A implementação da regulação das práticas de ensino na saúde no Ceará visou a integração entre as áreas da Saúde e da Educação com o objetivo de fortalecer as Instituições de Ensino Superior, adequando sua formação às ne-

cessidades do SUS/CE. O SisReRPES está apresentando resultados satisfatórios no que se refere a possibilitar aos graduandos a oportunidade de estagiar na Rede SESA de forma organizada e programada, permitindo o desenvolvimento de competências gerenciais, técnicas, pedagógicas e emocionais, no âmbito do processo de trabalho no SUS. Foi possível aprimorar as relações humanas e realizar trocas de saberes entre a academia e o serviço. Nesse sentido, foi de fundamental importância sua implantação para o fortalecimento e consolidação das políticas públicas de saúde no estado do Ceará.

Referências

Brasil. (2004). 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: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (1988). **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

Carotta, F. (2009). **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 48-51.

Ceccim, R. B. (2005). **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface: Comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-167.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L.C.M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65.

Ceccim, R.B. & Ferla, A.A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, 6(3), p. 443-56.

Freire, P. (1983). **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (2009). **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra.

Marchiori, L. M., Melo, J. & Melo, W. J. (2011). **Avaliação docente em relação às novas tecnologias para a didática e atenção no ensino superior**. Avaliação (Cam-

pinas), Sorocaba, v. 16, n. 2, Julho.

Haddad, S. & Di Pierro, M. C. (1994). **Diretrizes da Política Nacional de Educação de Jovens e Adultos** - Consolidação de documentos 1985/1994 São Paulo.

Poz, M. R. D., Perantoni, C.R., Girardi, S. (2013). **Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fio-cruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Vol. 3. pp. 187-233.

Ribeiro, E.C.O. & Motta, J.I.J. (1996). Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, p.39-44, jul.

Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos.

04

Ana Ecilda Lima Ellery
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Ao longo dos últimos 40 anos, a organização dos cuidados em saúde vem sendo repensada, a partir de um novo paradigma centrado na multicausalidade do processo saúde e doença (Arouca, 2008; Campos, 2010; Campos et al. 2014). Para responder adequadamente à complexidade envolvida nos cuidados em saúde, necessário se faz a participação de diferentes saberes e práticas, operacionalizada na interface de uma grande diversidade de profissões, que devem ter como referência a construção de um trabalho em colaboração, onde os saberes são socializados e as práticas são compartilhadas (Furtado, 2009; Ellery, 2012; Peduzzi et. al., 2013). A colaboração interprofissional é reconhecida como uma estratégia fundamental para que sejam alcançados melhores resultados nas intervenções terapêuticas (Who, 2010; Araújo & Galimbertti, 2013). Com esta compreensão, o discurso dos trabalhadores da saúde vem incorporando cada vez mais os termos “interdisciplinar” e “interprofissional”, como desafios a serem perseguidos. Outras variações conceituais também estão presentes, juntando-se aos termos “disciplinar” e “profissional”, diferentes prefixos como: multi, inter e trans. Esta diversidade de terminologias ocasiona certa confusão conceitual no emprego dos termos, e mais ainda, na sua operacionalização, requerendo o prosseguimento de estudos sobre a temática, mesmo já havendo acúmulo teórico significativo neste campo. Bispo et al (2014) apontam que existe desconhecimento da interdisciplinaridade por parte dos profissionais de saúde, tanto na teoria quanto na prática interprofissional.

Considerando que os cuidados em saúde exigem a intervenção sobre fatores causais múltiplos, requerendo, portanto, a participação de profissionais com diferentes formações e compreensão dos complexos fenômenos que se apresentam, necessário se faz revisitar conceitos e compreensões sobre as possibilidades de relação entre disciplinas e profissões, no cotidiano dos serviços em saúde. Neste sentido, o presente artigo objetiva compreender os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, enquanto produções mediadas pelos afetos.

○ Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, resultante da produção do conhecimento de tese de doutorado, no diálogo com formulações teóricas e empíricas de pesquisa qualitativa, realizada com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), de um Centro de Saúde da Família (CSF), em Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. Foram entrevistados praticamente todos os profissionais de nível superior integrantes das cinco equipes da ESF existentes no CSF, com exceção de um dentista. Das entrevistas e/ou oficinas de produção de conhecimento participaram 23 profissionais, sendo 13 de equipes mínimas da ESF; 06 médicos residentes da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC); 03 profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; um profissional do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

O CSF estudado foi escolhido por ser reconhecido como uma unidade de saúde onde existe um bom nível de integração no trabalho entre as categorias que atuam na ESF. Para compreender o sentido que os sujeitos atribuem a suas concepções, sentimentos e crenças, diversificamos o uso de técnicas de abordagens (Minayo & Guerriero, 2014), visando à ampliação da produção do conhecimento. Foram utilizadas três técnicas complementares na produção do conhecimento: entrevistas com profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); observação das atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF, profissionais do NASF e residentes do CSF; oficina de produção do conhecimento, para sistematização do campo comum de atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. Após a transcrição das entrevistas, estas foram analisadas, inicialmente, com a utilização do software QDA Miner v4, como recurso para facilitar a organização das informações. Na sequência, fizemos a análise das informações, em cinco etapas: distanciamento, apropriação, explicação, compreensão, interpretação e validação das informações (Ricoeur, 2014). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE NO 251/10).

○ Resultados e discussão

O movimento de resgate da integralidade dos cuidados em Saúde, que envolve a ampliação da compreensão do processo saúde, doença e intervenção, assumiu diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e práticas profissionais. Na análise das relações e interfaces entre disciplinas e profissões, consideramos que o termo “disciplinar” refere-se ao plano epistemológico, à vertente dos saberes, ao nível mais teórico do conhecimento (Furtado, 2007; D’amour Et Al, 2008; Ellery, 2014). Ao falarmos de “profissional”, referimo-nos

às práticas concretas, ao campo de atuação das equipes e dos serviços (Furtado, 2007; Furtado, 2009; Ellery, 2014). Portanto, as categorias interdisciplinaridade e interprofissionalidade guardam entre si semelhanças e diferenças, abordadas na sequência.

● **Interdisciplinaridade: socializando e integrando saberes**

A interdisciplinaridade confronta com um tipo tradicional de organização do saber, constituindo-se num desafio à construção do diálogo entre as especialidades. A interdisciplinaridade ocorre quando há interação das diversas disciplinas, partilhando saberes, estando ancorada na forma de ver e interpretar os fenômenos por parte de diferentes disciplinas e especialidades (Japiassu, 1976). A interdisciplinaridade é entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, exigindo a integração de saberes.

Na interdisciplinaridade ocorre maior entrosamento entre as disciplinas, buscando estabelecer relações mais horizontais entre as mesmas. Nesta perspectiva, é reconhecido o valor dos diferentes saberes na construção do conhecimento. A interdisciplinaridade, portanto, ultrapassa a simples justaposição ou complementaridade entre as disciplinas, ocorrendo o estabelecimento de canais de trocas de saberes.

A integração de saberes, ou seja, a interdisciplinaridade, ocorre no plano cognitivo, em nível conceitual, teórico e/ou metodológico, entre duas ou mais disciplinas colocadas uma na presença da outra, resultando numa nova organização dos saberes (Colet, 2002). Isto implica a presença, a articulação e a confrontação de várias disciplinas, quer elas sejam próximas ou não, e refulando toda forma de supremacia disciplinar, onde uma disciplina impõe seus conceitos e métodos, considerando as outras disciplinas como auxiliares. A organização dos saberes atesta a interação entre os campos disciplinares, dando lugar a um quadro de referência que não é disciplinar, mas interdisciplinar (Colet, 2002). Este quadro de trabalho resulta da integração e trocas estabelecidas entre as disciplinas (conceitos, teorias, métodos, instrumentos de análise, etc.) e do grau de interpenetração obtida entre as mesmas.

● **A interprofissionalidade: processo de integração de saberes e de práticas, mediado pelos afetos.**

Consideramos que a interprofissionalidade nasce da necessidade de coletivos de trabalho compartilharem práticas, construindo conhecimento e ação.

A construção da interprofissionalidade é marcada por processos cognitivos, no nível teórico e metodológico, que ocorre na interdisciplinaridade, mas também por processos pragmáticos, que ocorrem no mundo do trabalho. Tanto os processos cognitivos, quanto os pragmáticos são mediados pelos afetos. Nossos estudos encontraram evidências de ser a dimensão afetiva o motor, a mola impulsionadora do cognitivo e do pragmático.

Consideramos que a interprofissionalidade possui uma **Dimensão Cognitiva** (Figura 1). Isto porque, para participar de projetos interprofissionais, o profissional precisa ser alguém que permite que sua mente seja fecundada por princípios e saberes de diversas disciplinas, ampliando seus modos de interpretar e atuar sobre fenômenos, possibilitando o nascimento de um conhecimento ampliado e uma atuação mais ampla e integral. Este novo conhecimento é denominado interdisciplinar (como já falamos ao discutimos a interdisciplinaridade) por não ser território de uma única disciplina ou profissão, mas resultante de um olhar ampliado de diferentes campos de saberes. O conhecimento interdisciplinar, ao ser aplicado e compartilhado em práticas interprofissionais (onde estão presentes trabalhadores de diferentes profissões), requer a colaboração interprofissional e/ou o compartilhamento de práticas. E isto não é algo simples, fácil, mas bastante complexo, uma vez que existem resistências a serem trabalhadas e divergências a serem pactuadas. Entendemos, portanto, que os processos cognitivos e pragmáticos, que têm lugar no desenvolvimento de projetos interprofissionais, não se processam sem a mediação dos afetos.

A concepção de interprofissionalidade formulada no presente artigo apresenta a estrutura conceitual, representada na Figura 1.

Figura 1 - Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade



Fonte: Ellery, 2012.

Na **dimensão Pragmática** de um projeto interprofissional é onde ocorrem a compartilhamento de ações, exigindo a colaboração interprofissional entre representantes das diferentes profissões que trabalham em conjunto. A dimensão pragmática de um projeto interprofissional examina os meios desenvolvidos para realizá-lo. Inclui-se nesta dimensão tudo que é ligado à organização e à gestão do trabalho de equipe: a composição da equipe, o funcionamento interno, a dinâmica da equipe, o processo de tomada de decisão, os modos de comunicação, os problemas de identidade e de lealdade disciplinar, etc (Colet, 2002). A organização do trabalho não se resume unicamente à gestão do trabalho em equipe. Todo projeto interprofissional tem necessidade de um enquadramento. Por esta razão, a dimensão pragmática se interessa também pela questão do reconhecimento dado ao projeto interprofissional, que pode se manifestar através da quantidade de recursos colocados à disposição por gestores e/ou profissionais; a constituição de uma rede institucional de apoio; a institucionalização dos processos de trabalho, a valorização científica e social do mesmo, etc. Em outras palavras, trata-se de compreender como o projeto interprofissional é acolhido no contexto onde ele se insere: se sua implantação é vista como pertinente; se os resultados obtidos são considerados aceitáveis, dentre outros aspectos.

O resultado esperado da integração de saberes e da colaboração interprofissional toma forma através de uma síntese. O projeto interprofissional se expressa através da elaboração de uma síntese, que é considerada, provisoriamente, como a emergência de um saber integrado e de uma prática compartilhada. A síntese é resultado, portanto, dos objetivos (a integração disciplinar) e dos meios (a prática em colaboração interprofissional) (Ellery, 2012). A natureza da síntese e as formas combinadas de saberes integrados e práticas compartilhadas ou em colaboração interprofissional variam em função dos projetos interprofissionais a serem desenvolvidos e dos seus objetivos.

No desenvolvimento de projetos interprofissionais, o trabalhador de saúde precisa ser alguém aberto a novas teorias, a novas formas de interpretação dos complexos fenômenos que se apresentam no cotidiano. Assim, precisa vencer as barreiras das disputas de poder e prestígio, abrindo-se à troca de saberes (dimensão cognitiva) e à colaboração interprofissional (dimensão pragmática). *“Outro aspecto é ter humildade pra saber o que a gente sabe. Saber que não dar conta da complexidade da Saúde da Família. Você viu lá no morro... não é só tratar doença”* (Médica da Esf, Preceptora).

Sobre a **dimensão Subjetiva** da interprofissionalidade (Figura 1), enfatizamos mais uma vez que os processos cognitivos e pragmáticos que têm lugar no desenvolvimento de projetos interprofissionais não se processam sem a mediação dos afetos, tratando-se, por conseguinte, de uma produção também afetiva. Isto significa que o que sentimos, a maneira como somos afetados pelas

peças e acontecimentos, influenciam nossas ações, nossa forma de ser e estar no mundo. Os afetos têm caráter psicofisiológico porque a mente e o corpo estão implicados (Jesus, 2015). O que acontece em um, também acontece no outro, ou seja, nossos afetos podem aumentar ou reduzir a potência de agir das pessoas, pela forma como afeta e se deixa ser afetado, como se move e se deixa ser movido (Jesus, 2015; Franco e Galavote, 2010).

A afetividade é compreendida como o conjunto de afetos (emoções, sentimentos, estados) vivenciados pelo sujeito (Ribeiro, 2008); entretanto, a afetividade não pode ser compreendida sem as interações e implicações com as outras dimensões do ser humano (cognitiva, motora etc.). Existe um ser humano que “sente” para si mesmo um universo psicológico-subjetivo; universo este de significados próprios, a saber: amor, inveja, ódio, amizade, felicidade, alegria, todos cheios de valoração (Pinto, 2004; Damasio, 1996). Os afetos são traduzidos pela complexidade de significados com que despontam no psiquismo do ser humano. Surge, pois, neste debate, a reflexão de que a afetividade conseguiria unir tanto uma resposta de conteúdo emocional (empalidecimento, cólera, ansiedade e estresse), como aspectos expressivos - gestuais (lágrimas e sorrisos) em um mesmo experienciar do ser humano. A afetividade faz parte essencial do psiquismo de todos os seres humanos, estando unida ao domínio do íntimo e pessoal, do mundo privado e subjetivo do ser humano, sendo assim parte efetiva do funcionamento psicológico (Ribeiro, 2008).

Com base nesta compreensão, consideramos ser a interprofissionalidade fortemente influenciada por nossos afetos, que interferem na forma como nos implicamos em projetos interprofissionais, como reduzimos resistências internas e disputas por espaços de saber e de práticas, para trabalharmos de uma forma colaborativa com nossos pares e colegas de profissões diversas. A interprofissionalidade é, portanto, uma produção afetiva, por resultar também de processos e relações onde estão envolvidas emoções, desejos e, ainda, certas posturas ético-cognitivas, como: o reconhecimento do outro com um ser capaz, detentor e produtor de saberes; o reconhecimento da incompletude de cada profissional, para dar conta das situações - limite com as quais os trabalhadores da saúde se deparam no dia a dia de sua atuação dos serviços de saúde. O cotidiano na saúde requer que os profissionais atuem em situações complexas, lidando constantemente com a incerteza, com o imprevisível, com riscos e vulnerabilidades. A natureza deste tipo de trabalho só pode ser realizada através de potências de vida (Hardt & Negri, 2001), denominadas afetos. A vida afetiva se torna, portanto, uma das expressões da ferramenta de trabalho encarnada dentro do corpo (Pinto, 2004).

Este é o tipo de trabalho que você precisa ter amor. Amor de uma forma bem ampla. Se não tiver amor, você não vai, porque existem muitas dificuldades, até materiais. (...) Tem certas dificuldades mais concretas, que se você não acreditar naquele trabalho, não tiver paixão por aquele trabalho. Tem que

usar muito da sua criatividade, da sua flexibilidade. Eu acho que a criatividade só brota, se você gostar, se você tiver paixão. (Psicóloga, Residente).

O profissional é solicitado a implicar-se com seus objetivos de trabalho, com a organização das atividades a serem executadas, em colaboração com demais colegas, e com o público atendido. Sob este ângulo, a forma como os profissionais da saúde se organizam no cotidiano de suas práticas de trabalho não pode ser um processo hierarquizado, sem a participação dos sujeitos implicados.

Eu considero o respeito entre os profissionais e saber que cada um tem seu limite, ter a humildade de saber o seu limite. Aonde é que você pode e sabe até que horas você precisa do colega, porque todo mundo precisa. Eu posso precisar do meu colega enfermeiro, por ter experiência noutra área. Posso precisar do meu colega médico, por ter a conduta dele, toda a clínica dele. Posso precisar do meu dentista, como também preciso do meu agente de saúde. Não só deles, mas também do agente administrativo, a gente precisa. Então, a gente precisa de todo mundo (Enfermeira 1, Preceptora do Pet-Saúde).

Onde há pessoas, existem conflitos, disputas de poder e saber, muito próprios da natureza humana. Daí a necessidade de um processo de pactuação permanente, possibilitando a expressão dos diversos interesses, nem sempre de acordo com as necessidades dos usuários.

Trabalhamos os conflitos conversando diretamente com a pessoa. (...) Eu tento conversar diretamente com a pessoa, saber o porquê. Assim, tentar chegar num acordo e aprender também, porque discordando, a gente acaba aprendendo também (Médico Esf, Preceptor da Rmfc).

A gente sempre foi assim, nem que brigue, mas, no final, acaba bem. Vem decide, ajeita e acaba tudo bem. (...) As picuinhas que acontecem, nestes 05 anos que a gente estar juntos, sempre foram resolvidas de forma tranqüila, com conversa. (...) A gente senta, conversa, nem que passe a tarde brigando, no final chega a um consenso, ou bom prá todo mundo ou não. Aqui tem muito de ir e botar os pratos na mesa (Enfermeira 2, Preceptora do Pet-Saúde).

Consideramos, portanto, envolver o trabalho interprofissional na saúde, fundamentalmente, uma dimensão afetiva, que interfere decisivamente na socialização e integração de saberes, em nível teórico/cognitivo, e no compartilhamento das práticas, em nível pragmático (Ellery, Pontes & Lioioli, 2013). A dimensão subjetiva da interprofissionalidade (produção afetiva) portanto, mobiliza os profissionais para a dimensão cognitiva (integração de saberes) e para a dimensão pragmática (colaboração interprofissional e compartilhamento de práticas), conforme modelo conceitual da interprofissionalidade, representado na **Figura 1**.

Em síntese, a interprofissionalidade é um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas traba-

lham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes (interdisciplinaridade); e na modificação das práticas, quer seja através da colaboração interprofissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão; ou/e na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente.

○ Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: semelhanças e diferenças

Muito embora existam similaridades entre a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, consideramos haver diferenças importantes entre estas duas categorias, que são sintetizadas no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Comparativo entre as concepções de Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade.

| Categoria | Interdisciplinaridade | Interprofissionalidade |
|--|--|--|
| Domínio Cognitivo: integra saberes disciplinares diversos | Sim | Sim |
| Domínio Pragmático: compartilha práticas ou colabora em atividades complementares | Não | Sim |
| Domínio Afetivo: mobiliza afetos | Sim | Sim |
| Níveis de Abrangência | Teórico Metodológico Afetivo | Teórico Metodológico Afetivo Pragmático |
| Tipos de barreiras Existentes | Individuais Culturais | Individuais Culturais Organizacionais Legais (Conselhos profissionais) |
| Possibilidade do profissional sentir-se ameaçado de perder prestígio e espaço profissional | Baixa | Alta |
| Permeabilidade a profissionais de categorias diferentes | Alta | Baixa |
| Produtos | Emergência de novos saberes interdisciplinares, não sendo privativos de nenhuma disciplina específica. | - Emergência de novos saberes interdisciplinares - Estabelecimento de um Campo Comum de atuação de profissionais da saúde - Ações desenvolvidas em colaboração interprofissional |

Fonte: Original, elaborado pelas autoras

As práticas profissionais são desenvolvidas por trabalhadores com formações dentro de um mesmo campo disciplinar, a exemplo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, regulados por um mesmo conselho profissional; ou de campos disciplinares diferentes, como Psicologia, Medicina, Fisioterapia. Há também trabalhadores da saúde não regidos por nenhum conselho de categoria, como os agentes comunitários de saúde, que não se filiam a uma disciplina específica. Assim, no campo da prática, parece-nos mais apropriado falarmos de interprofissionalidade, uma vez que se trata de interrelações e interfaces entre profissões. A Interprofissionalidade é um termo usado para definir a atuação conjunta de diversos profissionais dentro de suas áreas de competência, integrando saberes (domínio cognitivo) e compartilhando práticas ou colaborando em atividades complementares (domínio pragmático), processos estes mediados por afetos. Assumindo este conceito de interprofissionalidade, podemos perceber que ela entra em confronto com a lógica profissional (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Furtado, 2009), onde há limites bem estabelecidos para a atuação de cada trabalhador de uma categoria específica, regulamentada por leis e fiscalizada pelos conselhos de classe.

Consideramos haver assimetrias na permeabilidade entre a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade. A interdisciplinaridade ocorre no campo da organização dos saberes (Furtado, 2007), sendo estes mais facilmente compartilhados, se compararmos com as possibilidades de partilha de práticas e do fazer profissional. Por exemplo, qualquer profissional pode estudar e se apropriar de conhecimentos da farmacologia, mas somente o médico pode prescrever amplamente (o odontólogo e o enfermeiro podem prescrever em situações específicas, mediante protocolos). O mesmo raciocínio se aplica ao conhecimento teórico sobre a elaboração de dietas (privativa de nutrólogos e nutricionistas); ao estudo das técnicas psicoterapêuticas (privativas de psicólogos e psiquiatras), dentre outras. Se por um lado o domínio teórico destas técnicas é amplamente permitido, sobretudo com o advento da internet, a sua utilização no campo profissional, contudo, é regulamentada pelos conselhos profissionais, sendo restritiva. A interprofissionalidade ocorre no campo das práticas, onde as fronteiras da atuação profissional são mais rígidas, dificultando a socialização e compartilhamento das práticas. A interdisciplinaridade tem lugar na organização dos saberes, enquanto a interprofissionalidade vai para além desta dimensão cognitiva, efetivando-se no domínio da organização do trabalho.

Em síntese, um projeto interdisciplinar envolve as dimensões cognitiva e afetiva, possibilitando uma nova organização de saberes, a partir da utilização de referenciais teóricos de diferentes disciplinas. Este é um processo mediado pelos afetos, uma vez que necessita da disponibilidade, do desejo, da abertura da pessoa para outras formas de ver e interpretar os fenômenos. Já o projeto interprofissional envolve tanto a dimensão cognitiva (organização dos saberes)

quanto a pragmática (organização do trabalho), sendo ambas mediadas pela dimensão afetiva.

Todo projeto interprofissional pode ser considerado também um projeto interdisciplinar, pois a prática está alicerçada em referenciais teóricos, que a orienta; por outro lado, nem todo projeto interdisciplinar evolui para um projeto interprofissional. O projeto interprofissional é um projeto interdisciplinar que avançou para a dimensão pragmática, desenvolvendo práticas interprofissionais.

○ Discussão

A diferenciação trabalhada no presente artigo entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade não aparece de forma clara na literatura especializada (Who, 2010; Furtado, 2007; Couto Et. Al, 2013; Piaget, 1972), sendo conceitos utilizados como correlatos, na maioria dos estudos (Bispo Et Al, 2014; Couto Et. Al, 2013; Scherer Et Al, 2013; Minayo, 1991). Encontramos, entretanto, autores (El-lery, 2014; Furtado, 2009; Furtado, 2007) que, tal como é adotado neste estudo, fazem diferenças entre os termos “disciplinar” e “profissional”. O termo “disciplinar” refere-se às relações no campo epistemológico, cognitivo; enquanto o termo “profissional” refere-se às relações entre profissões, referindo-se, portanto, ao campo pragmático. Nas análises entre as relações entre disciplinas e profissões, estes termos são utilizados em conjunto com prefixos “multi”, “inter” e “trans”.

Considerar o aspecto da afetividade como presente na efetivação de projetos interdisciplinares e interprofissionais está presente quando alguns estudos (Araújo & Galimberti, 2013; D’amour Et Al. 2005; Rocha Et Al., 2016) referem aspectos subjetivos como dimensão do trabalho interprofissional. Emoções, sentimentos, afetos são os sensores para o encontro, servindo de guias internos e estão correlacionados com as demais funções psíquicas, como a cognitiva (Damasio, 1996).

A interprofissionalidade não se realiza apenas no domínio das trocas recíprocas entre as disciplinas, quer dizer, no nível da permuta de informações, porque só assim a conduta dos profissionais e das organizações não se alteram, permanecendo independentes. Se houver, entretanto, um confronto da totalidade das profissões cooperantes, no qual cada uma se arrisca e modifica saberes e práticas umas com as outras, evidencia-se então a interprofissionalidade.

É preciso ter claro que a construção de projetos interprofissionais encontra barreiras diversas, que precisam ser confrontadas e pactuadas. A experiência mostra que, ante a temas complexos, impossíveis de se tratar isoladamente, os êxitos dependem da reunião de pessoas capazes de dialogar e dispostas a compreender a necessidade da colaboração (Minayo, 1991).

A interface do trabalho dos profissionais é um tema complexo. Consideramos serem as áreas de competências de cada profissional cada vez mais interrelacionadas. Há diversas áreas de competências que são comuns a várias profissões, algumas que são complementares, outras que estão imbricadas. O que vai regulamentar e estabelecer rotinas de trabalho é o debate democrático da equipe, formulando e pactuando protocolos de trabalho conjunto. Este processo é gradativo, carece de pactuação, não sendo resolvido somente na disputa legal, para definir verticalmente essa interface. A colaboração interprofissional precisa de fontes que a alimente, como a disponibilidade dos profissionais, a flexibilidade, a abertura para colocar em ação interesses contraditórios subjetivamente compartilhados, bem como a postura de acolher as solicitações dos diversos profissionais que partilham um projeto em comum (Matuda et al, 2015).

○ Considerações finais

O desafio de promover a interprofissionalidade não pode negar uma especificidade alcançada pelas diversas profissões. Antes, deve procurar estabelecer pontes, possibilitando a integração de saberes e a colaboração interprofissional. As disciplinas e as profissões são necessárias para fazer avançar a Ciência, mas não podem prescindir de uma compreensão da complexidade, onde cada profissional reconheça que seu saber é sempre parcial, existindo outras visões e interpretações possíveis. Disso surge a necessidade da integração de saberes, para a interpretação dos fenômenos complexos, como também de colaboração entre as profissionais no cotidiano dos cuidados em saúde.

O profissional para socializar seus conhecimentos, propiciando a integração de saberes, e para abrir-se a uma prática colaborativa entre os profissionais, confronta-se com afetos diversos, como o medo de perder espaço de poder e prestígio. Isto só pode ser vencido através do enfrentamento dos conflitos, por meio do diálogo e da pactuação. Neste aspecto, é que consideramos ser a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade processos mediados, fortemente, pelos afetos. Encontramos evidências, entretanto, que a interprofissionalidade, pelos limites estabelecidos para as práticas profissionais, parece ter ainda maiores desafios a serem vencidos do que a interdisciplinaridade. Enquanto esta última se processa nos domínios cognitivo e afetivo, a interprofissionalidade vai além, indo também para o campo pragmático, onde as disputas de poder e status profissional são ainda mais evidentes e complexas. Sem compreender a dimensão afetiva, presente na construção da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade no campo da saúde, não será possível superar suas barreiras, como luta por espaço de prestígio e poder, que precisam ser enfrentadas e pactuadas.

A interprofissionalidade é um processo em construção, havendo questões complexas a serem trabalhadas para sua implementação. No Brasil, a disputa por espaço e hegemonia entre as profissões da área da saúde, sobretudo pela relação assimétrica entre a categoria médica e os demais profissionais deste campo de saberes e práticas, cria uma ambiência que coloca em risco a colaboração entre as profissões.

A crescente diversidade de trabalhadores nos serviços de saúde coloca frente a frente profissionais das mais distintas formações, com interfaces cada vez maiores nos saberes e práticas. Portanto, parece-nos imperativo que a organização dos saberes e das práticas se processem, essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos usuários e não dos interesses corporativos. Caso contrário, os serviços de saúde poderão se transformar em “campos de batalha” por espaço, prestígio e poder. Nesta concepção, a multiprofissionalidade só é factível e efetiva sob a ótica da interprofissionalidade.

○ Referências

Araújo, E.M.D. & Galimbertti, P.A. (2013). A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, 25(2).

Arouca, A.S.S. (2008). **El dilema preventista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva**. Buenos Aires; Lugar.

Bispo, E.P.F., Tavares, C.H.F. & Tomaz, J.M.T. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na saúde da Família. **Interface Comun Saúde Educ.**; 18(49): 337-50.

Campos, G.W.S. (2010). **Cogestão e neoartesanato**: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde com autonomia e responsabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 15(5):2337-44.

Campos, G.W.S., Figueredo, M.D., Pereira Júnior, N. & Castro C.P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comun Saúde Educ**. 18(supl. 1):983-95.

Colet, N.R. (2002). **Enseignement universitaire et interdisciplinarité**. un cadre pour analyser, agir et évalue. Bruxelles: Boeck & Larcier.

Couto, L.M.L., Schimith, P.B. & Dalbello-Araujo, M. (2013). Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(2), 500-511.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie J.F. & SanMartin-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model of collaboration among professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res.**; 8:188-202.

D'Amour, D., Ferrada, V.M., San Martin, R.L. & Beaulieu, M.D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J Interprof Care**; 19 Supl 1:116-31.

Damásio, A.R. (1996). **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. Tradução portuguesa Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras.

Ellery, A.E.L. (2012). Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256 f. **Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará**. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

Ellery, A.E.L. (2014). Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface Comun Saúde Educ.**; 18(48): 213-4.

Ellery, A.E.L., Pontes, R.J.S., Loiola, F.A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Rev Saúde Coletiva**; 23(2):415-37

Franco, Túlio Batista e Galavote, Heletícia S. Em Busca da Clínica dos Afetos, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. "Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde". **Hucitec**, São Paulo, 2010.

Furtado, J.P. (2009). Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad Bras Saúde Mental**. 1(1):1-11.

Furtado, J.P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface Comun Saúde Educ.**; 11(22): 239-55.

Hardt, M. & Negri A. (2001). **Império**. Rio de Janeiro: Record.

Japiassu, H. (1976). **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago.

Jesus, P. B. (2015). CONSIDERAÇÕES ACERCA DA NOÇÃO DE AFETO EM ESPINOSA. **Cadernos Espinosanos**, (33), 161-190.

Matuda, C.G., Pinto, N.R.S., Martins, C.L. & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]; 20(8): 2511-2521.

Minayo, M.C.S. & Guerriero, I.C.Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]; 19(4): 1103-1112.

Minayo, M.C.S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina (Ribeirão Preto)**; 24(2):70-7.

Peduzzi, M., Norma I.J., Germani, A.C.C.G., Silva, J.A.M. & Souza, G.C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. 47(4):977-83.

Piaget, J. (1972). Épistémologie des relations interdisciplinaires. In: Piaget J. **Interdisciplinarité: problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités**. Paris: OCDE.

Pinto, F.E.M. (2004). O "mundo do coração": os (novos) rumos de estudo na afetividade na psicologia. **Rev Ciênc Hum.**; 10(2):111-4.

Ribeiro, M. (2008). **Afetividade: breve gênese, alguns sentidos e imbricações com a saúde**. Pesq Psicol.; 2(1).

Ricoeur, P. (1986). **Du texte à l'action**. Essais d'hermeneutique II. Paris: Seuil.

Rocha, F. A. A, Barreto, I.C.H.C. & Moreira, A.E.M.M. (2016). Interprofessional collaboration: a case study between managers, teachers and family health professionals. **Interface (Botucatu)**. Online.

Scherer, M.D.A., Pires, D.E.P. & Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**; 18(11): 3203-12.

World Health Organization. (2010). **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice** [Internet]. Genebra, [cited 2014 Ago 6]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html.

Orientações interprofissionais sensíveis e criativas aos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: um relato de experiência

05

*Michelle Vicente Torres
Hengrid Graciely Nascimento Silva
Brena Costa de Oliveira
Daniel Pereira de Amorim
Leticia Graziela Lopes França Sousa
Valéria Monteiro Beserra da Silva
Nancy Nay Leite de Araujo Loiola Batista
Flávia Henriques Baião*

Abriendo caminos para discussão - integração ensino, serviços de saúde e comunidade no cuidar de crianças com transtorno do espectro autista

Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.

(Paulo Freire, 1996, p. 70)

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem essas equipes, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva e à qualidade da formação profissional (Albuquerque, et al., 2008).

A participação da comunidade nesses serviços é frutífera e deve ser considerados pelos centros de saúde, a fim de abordar fatores culturais, sociais e comunitários que afetam o acesso e o uso de recursos relacionados à saúde, como por exemplo, o cuidar (Stewart, et al., 2015).

A necessidade de envolvimento da comunidade no processo de conhe-

cimento no cuidar de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é amplamente reconhecida. Isso é percebido uma vez que uma série de modelos e ferramentas de engajamento, à medida que se aplicam na compreensão científica interprofissional e consciência pública do TEA, ilustram que a informação gerada a partir da participação popular na formação de saúde é um fator relevante e crítico para os usuários e cuidadores. Métodos simples e sistemáticos podem apoiar a tradução e a incorporação do conhecimento em comunidades diversas, aumentando o envolvimento e superando as necessidades imediatas da comunidade (Elsabbagh, et al., 2014).

A Atenção Primária a Saúde (APS) vem se mostrando um cenário fértil ao desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem por meio da integração ensino, serviços de saúde e comunidade no TEA. Este fato pode oportunizar os novos profissionais a uma formação na perspectiva da diversidade de cenários e experiências interprofissionais, na construção de projetos coletivos, na responsabilidade compartilhada, nos espaços de diálogo solidário e, sobretudo, na negociação/intermediação com o coletivo (Carvalho; Duarte; Guerrero, 2015).

Segundo Marin et al (2014), a avaliação mais positiva no tocante à proposta da integração ensino-serviço-comunidade refere-se às contribuições para a formação interprofissional, ao possibilitar a inserção precoce do estudante no contexto do trabalho da APS contemplam as diretrizes de formação dos profissionais da saúde e os princípios e diretrizes do SUS (Marin, et al., 2014).

Nesse sentido, se efetiva atos educativos interprofissionais, como por exemplo, atividades de extensão, no ensino regular superior, bem como de educação nos serviços de saúde, contempladas em diretrizes curriculares que apontam com novas propostas pedagógicas tendo como desafio a inserção e acompanhamento dos processos formativos nos serviços de saúde, numa articulação permanente de integração ensino-serviço e comunidade (Lopes, et al., 2012).

○ **Aprendizagem significativa sobre cuidados no transtorno do espectro autista**

Por aprendizagem significativa, entendo aquilo que provoca profunda modificação no indivíduo. Ela é penetrante e não se limita a um aumento de conhecimento, mas abrange todas as parcelas de sua existência.

(Carl Rogers, 1996, p.70)

Entende-se por aprendizagem significativa, conteúdo que são incorporados às estruturas de conhecimento interprofissional e adquire significado a partir da relação com seu conhecimento prévio. Ao contrário, ela se tor-

na mecânica ou repetitiva, uma vez que se produziu menos essa incorporação e atribuição de significado, e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias na estrutura cognitiva. Tornando assim, os futuros profissionais de saúde insensíveis às condições biopsicossociais do usuário (Pelizzari, et al., 2002).

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem são uma forma de realizar aprendizagem significativa nos espaços de formação em saúde. Essa prática pedagógica democrática fundada nos princípios da liberdade/autonomia e da igualdade/equidade permite que se repense o processo de reconstrução da história e do próprio homem, a partir do reconhecimento de seu lugar, privilegiado pela possibilidade de reflexão, mas radicado na igualdade em relação a todos os seres, pelos quais se devem desenvolver uma ampla responsabilidade (Mitre, et al., 2008).

A aplicação dessas metodologias no ensino da graduação vem demonstrando benefícios na formação dos profissionais, sendo capaz de transformar o contexto de trabalho na saúde. Levando assim, o acadêmico a ter uma visão mais sensível em relação ao cuidar, principalmente se essa visão for interprofissional, pois as dimensões relacionais, a identificação de objetivos comuns e internalização ativa na integração ensino-serviço, em especial, à colaboração interprofissional, promove um conhecimento e condição de cuidados integrais e integrados (Freitas, et al., 2015; Carvalho; Duarte; Guerrero, 2016).

As metodologias ativas de ensino são fundamentais para aprimorar os conhecimentos sobre o TEA na formação interprofissional dos futuros profissionais de saúde e dos cuidadores. As evidências mostram que quando os cuidados centrados na família são praticados, os resultados são aprimorados para as crianças com TEA, suas famílias e equipes de saúde. Práticas em saúde que priorizem a compreensão de cuidados para serem praticados, incluindo um foco em habilidades técnicas e de liderança, bem como uma variedade de experiências com famílias que têm filhos com TEA, que podem ser repassadas aqueles que compõem a equipe, revelando uma formação em saúde dinâmica, centrada no conhecimento científico e empírico das vivências dos acadêmicos, profissionais e comunidade sobre os cuidados no TEA (Beatson, 2006).

Assim, a elaboração de projetos que objetivem orientações sistematizadas e específicas aos cuidadores de crianças com TEA é de grande relevância, pois podem contribuir não só para o ambiente comunicativo do autista, mas também para o entendimento familiar a respeito de suas habilidades e dificuldades, possibilitando mudanças em suas atitudes diante a situação, fato que repercute em uma melhora do quadro (Fernandes, et al., 2011).

Nessa perspectiva, a partir da percepção e compartilhamento de demandas crescentes de necessidade de realização de estratégias educativas e acessíveis a pessoas que cuidam de pessoas com TEA nas comunidades por profissionais do serviço de Atenção Primária em Saúde -APS- de um bairro da Zona Norte (Estratégia Saúde da Família-ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF) em Teresina-PI, docente e discentes do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) construíram um projeto de extensão universitária com o objetivo de educar pessoas para o cuidado voltado ao TEA por meios de metodologias sensíveis, democráticas e amorosas.

O projeto teve ainda como objetivo contribuir para a formação profissional de acadêmicos e profissionais de saúde de diversas categorias que foram convidados a fazer parte do projeto, a exemplo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI.

Dessa forma, o presente capítulo apresenta o relato de experiência deste projeto, expondo as atividades executadas e metodologias utilizadas na tentativa de estimular cuidadores, acadêmicos e profissionais a permanecerem na busca por uma formação pautada na integração ensino-serviço-comunidade e na necessidade de reconhecimento da importância do profissional ser formado no e para um SUS transformador.

○ Caminhos metodológicos propostos e percorridos para o alcance da sensibilidade para a educação em saúde

A experiência relatada aqui refere-se a um projeto de extensão financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (PIBEU) promovido por acadêmicos da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

Além da parceria formada com os profissionais do NASF e ESF da zona Norte de Teresina, a equipe de organização do projeto formalizou ainda uma parceria fundamental com o Núcleo de Terapia Comportamental - NUTEC, instituição privada localizada no município supracitado, que, voluntariamente, cedeu os terapeutas especialistas no cuidado em TEA para mediar as rodas de conversa realizadas. Dessa forma, pactuou-se trabalhar em rodas por meio de educação popular em saúde e metodologias ativas de participação sobre práticas sensíveis e criativas da produção do cuidado, fomentando diálogos abertos e problematizadores junto à comunidade.

As atividades aqui relatadas referem-se ao período de outubro de 2016 a setembro de 2017. Os encontros aconteceram mensalmente, na primeira

quarta-feira de cada mês, de 14:00-16:30h, no espaço interno da UBS do referido bairro, sendo que um encontro foi realizado em outro bairro, ainda na Zona Norte de Teresina.

O público-alvo, convidado por meio da divulgação de cartazes em redes sociais, foi toda e qualquer pessoa que, de alguma forma, direta ou indireta, necessitasse de orientação para a forma de conduzir e/ou produzir o cuidado voltado a pessoas com TEA. Dessa forma, foram convidados, familiares, educadores, acadêmicos, pós-graduandos, profissionais de saúde e qualquer outro ator destinado ao objetivo proposto. Os encontros aconteceram de 14:00 a 16:30h e foram organizados de forma a contemplar um roteiro que consistia em:

- **Acolhimento:** os participantes do projeto, ao entrarem, eram recebidos com músicas e dinâmicas de boas-vindas. Os pós-graduando da RMSFC - UES-PI e profissionais da UBS eram convidados a receber os demais convidados, agregando-se para um momento rico, com objetivo de vincular positivamente as pessoas à participação na roda desde sua chegada.

- **Roda de Conversa:** diálogo mediado pelos profissionais cedidos pelo NUTEC, terapeutas especialistas e experientes em cuidados no TEA, facilitada pelos organizadores e construída por todo o grupo presente, uma vez que a intervenção do público era livre e os saberes eram partilhados a partir das dúvidas, angústias, casos clínicos reais, experiências exitosas e outras nem tanto, sugestões proveitosas baseadas em métodos populares e de baixo custo. A partir de todas as oportunidades de falas eram construídas as informações educativas para o cuidado no TEA. Os temas das rodas perpassaram pelas necessidades mais requisitadas por cuidadores e pelos pontos mais importantes relativos ao cuidado terapêutico na temática proposta (**quadro 1**).

- **Encerramento:** para tanto, utilizou-se recursos da educação popular em saúde, tais quais a cenopoesia, dança e música, realizadas pelos acadêmicos da graduação responsáveis pelo projeto. Na ocasião formava-se uma roda, todos de pé e um dos acadêmicos tocava violão e outra cantava, puxando um coro com os demais presentes. Dentro desta roda eram apresentadas as propostas poéticas e musicais com mensagens de encorajamento, empoderamento e determinação na luta a favor da inclusão social e otimização do cumprimento dos direitos a uma rede de cuidado digna para a pessoas com TEA.

Quadro 1 - Resumo dos Encontros do PIBEU na Zona Norte de Teresina, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Teresina, 2017.

| Ano | Dia/ Mês | Nº | TEMA | MEDIADOR DA RODA DE CONVERSA |
|------|-------------|----|--|----------------------------------|
| 2016 | 05/10 | 1 | Pacto de convivência | Comissão organizadora do projeto |
| | 09/11 | 2 | Autismo: o que? Como | Psicóloga |
| | 07/12 | 3 | Buscando mais qualidade de vida para crianças, adolescentes e adultos com autismo. | Psicóloga |
| 2017 | 08/02 | 4 | As possibilidades de comunicação no autismo | Fonoaudiólogas |
| | 08/03 | 5 | Autismo: os caminhos para inclusão | Psicóloga |
| | 05/04 | 6 | Música, autismo e musicoterapia | Musicoterapeuta |
| | 03/05 | 7 | Autismo e arteterapia | Arterapeuta |
| | 07/06 | 8 | Autismo e o brincar terapêutico | Fonoaudióloga e Psicóloga |
| | 05/07 | 9 | Autismo e o desempenho motor | Fisioterapeuta neuroinfantil |
| | 02/08 | 10 | Autismo e o desempenho motor | Fisioterapeuta neuroinfantil |
| | 06/09 | 11 | Direitos da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo | Assistente social |

Fonte: Autores, 2017

○ Do começo ao fim de uma formação interprofissional com resultados e discussão sobre cuidados sensíveis no TEA

Uma vez que o projeto surge como demanda amplamente procurada na UBS pela própria comunidade, os encontros foram todos planejados com vistas a uma sensível e criativa produção do cuidado em saúde de crianças com TEA. Dessa forma, segue-se aqui os resultados destes encontros na perspectiva e percepção da comissão organizadora do mesmo.

○ O primeiro encontro – pactuação do projeto

Após aprovação do PIBEU pela Pró-reitora de Extensão (PREX) da UESPI, a comissão organizadora do projeto, formada por cinco discentes e uma docente do Curso de Fisioterapia da UESPI, planejou previamente como deveria ser a pactuação do projeto com os profissionais da ESF e NASF e representantes da comunidade do bairro em questão. Esta equipe encontrou-se então na UBS com estes profissionais e membros da comunidade. Decidiu-se que o encontro seguiria o plano de acolhimento – discussão – encerramento. Na ocasião, distribuiu-se ainda algumas funções organizativas para tornar possível a logística do projeto (**Quadro 2**).

Neste momento, de fundamental importância para a definição de um formato que agregasse perspectivas de humanização do cuidado, envolvimento da rede de apoio social das pessoas com TEA, consideração dos métodos populares utilizados no cuidado domiciliar, a comissão de organização mostra-se bastante otimista com o interesse dos profissionais e comunidade em impulsionar o projeto, com vistas a fortalecer a construção de diálogos construídos a partir do compartilhamento de saberes científicos e outros baseados na experiência prática do cotidiano das pessoas.

A partir deste encontro, estas demandas foram repassadas ao NUTEC, para que os profissionais pudessem organizar as suas mediações nas rodas de conversa a partir de reais necessidades propostas. Isso inclui não apenas enfoques temáticos, mas metodologia de abordagem dos temas, como a roda de conversa e oportunizar o diálogo, a aproximação do terapeuta com as pessoas presentes nos encontros, a possibilidade de demonstrações de métodos com a utilização de brinquedos, imagens, simulações de situações cotidianas no TEA e escuta sensível de possíveis relatos de situações e casos por parte da comunidade.

Segundo Guerreiro e Branco (2011), os pactos na saúde articulam-se aos pactos sociais e políticos, estes últimos essenciais para tornar possível a vida em sociedade, garantir a legitimidade das ideias dos projetos, a governabilidade e a efetividade das políticas. A pactuação é um mecanismo que compreende negociação, buscando a superação dos conflitos intergovernamentais, pautada pela responsabilização solidária. Por meio da negociação de metas, indicadores e ações, os pactos se constituem numa forma de accountability e transparência, capaz de favorecer o controle social.

Quadro 2 - Resumo sobre o primeiro encontro - Pactuação do projeto

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | Poema: Nem toda dor é lágrima - Braúlio Bessa (recitada por uma acadêmica) |
| Discussão | Importância do projeto para a comunidade Encaminhamentos de orientações para os profissionais do NUTEC. |
| Encerramento | Pactuações de datas e horários - primeiras quartas-feiras do mês, às 14:00. Local - UBS do Poti Velho Responsabilidades de cada autor do projeto (arte de divulgação, acolhimento, rodas de conversas, relatoria, encerramentos, coffee break, atrativos, convites). Cirandas: Minha ciranda e peixe vivo. Mensagem final com desejos de boas vibrações. |

Fonte: Autores, 2017

○ A Sensibilidade e a participação popular como pressuposto das rodas de diálogo

Sem emoções somos heróis de banda desenhada; apesar de protagonistas num mundo de aventuras, permanecemos um traço de tinta em papel espalmado, com a vida debuxada em quadradinhos. Só as emoções fazem de nós heróis de carne e osso, em todas as suas dimensões.

(João Morgado, 1978, p.278)

Depois da pactuação, começaram os encontros mensais, com a logística pactuada, sempre baseada no tema a ser abordado pelo terapeuta mediador. A roda de conversa foi algo inicialmente difícil de ser materializada, tendo em vista a dificuldade das pessoas em se aproximarem dos profissionais de saúde, do espaço disponível na UBS e por ser algo novo para aquele público presente. No entanto, vencidas as primeiras dificuldades, os encontros passaram a ocorrer nessa perspectiva e o público, composto inicialmente em sua maioria por profissionais e acadêmicos, foi aos poucos se agregando familiares, educadores e amigos de famílias que necessitam de orientação na temática proposta.

Segundo Sampaio et al. (2014), a roda de conversa é mais que disposições circulares de cadeiras e, por outro, que é um modo crítico de pensar os papéis socialmente construídos transversalizados pelas históricas e desiguais relações de classe, gênero e etnia. Com ela, busca-se reafirmar o compromisso com espaços que possibilitem o inesperado das vozes divergentes. Apontando tal fertilidade discursiva, é possível produzir um olhar sensível, engajada na ação pedagógico-transformadora.

Destacando Moura e Lima (2014), a conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão porque a roda de conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo e significado para a pesquisa na área de educação e saúde.

Uma das coisas que, sob o ponto de vista da equipe organizadora, fez com que houvesse de fato uma boa adesão destas pessoas, foram as estratégias e ações de vinculação dessas pessoas já na chegada ao encontro. O público era recebido com manifestações de cuidado, como técnicas de terapias manuais, carinho em rodas de música, corredores de cuidado, palhaçoterapia, registros fotográficos, sorrisos e abraços grátis. Isso possibilitou brotar sorrisos e deixar as pessoas possivelmente motivadas para os momentos seguintes.

Além disso, os encerramentos eram momentos também de grande sensibilização dos presentes, onde, ainda em roda, era possível partilhar desa-bafos, impressões do encontro, sentimentos de gratidão e críticas construtivas, extravasamento de emoções. Por vezes, percebeu-se ser um momento bastante terapêutico, oportuno para expressar os sentimentos através de música, dança, cirandas e falas de empoderamento social e otimismo na produção do cuidado.

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualifi-cação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersectorialidade, sendo uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios de humanização (Coutinho; Barbieri & Santos, 2015). Dessa maneira, ele visa mudar as formas de recepção ao público, permitin-do uma interação mais criativa, onde os usuários se tornam ativos no pro-cesso de recepção, tornando-se mais sensíveis e abertos para as discussões das palestras e das rodas de conversas, além de se sentirem mais à vontade para expressar suas opiniões.

○ Tocando no assunto – autismo: o que é? Como tratar?

A primeira roda de conversa se deu no dia 09 de novembro de 2016 e o tema foi abordado por uma psicóloga, que desmistificou características da TEA, falou do diagnóstico que pode ser difícil e a importância de um tratamento realizado por uma equipe interprofissional. Segundo Duarte et al (2016), o TEA é um transtorno do desenvolvimento caracterizado por preju-ízos precoces na socialização e comunicação, bem como comportamentos e interesses restritos e estereotipados. O diagnóstico pode ser suspeitado nos dois primeiros anos de vida e mesmo sem confirmação diagnóstica, a inter-venção precoce deve ser instituída.

Esta roda foi primordial para a evolução da equipe envolvida no projeto, já que se obteve o primeiro impacto de cuidar e se relacionar com a comunidade, tendo em vista a perspectiva do outro sobre os seus medos e suas angústias, além da gratificação de proporcionar aos cuidadores um momento pensado espe-cialmente para eles, no qual houve grande aceitação e participação do públi-co, retribuindo aos produtores de saúde com uma maior agregação do conheci-mento para a capacidade de produzir um cuidado sensível.

Quadro 3 – Resumo do acolhimento e encerramento da primeira roda de con-versa – Autismo: O que é? Como tratar?

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor de sensações - durante a chegada do usuário na UBS ele era vendado e recebia estímulos sensoriais, sendo finalizado com um abraço e com estímulo ao paladar por meio de um doce (jujuba) • Liberação miofascial (crochetagem) realizada por pessoas capacitadas • Apresentação de balé • Poema: Nem toda dor é lágrima - Braúlio Bessa (interpretado e recitado por uma acadêmica) |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Árvore dos pensamentos - as folhas amarelas representavam sentimentos ruins já às folhas verdes sentimentos bons, e com o tempo as folhas amarelas seriam cobertas pelas verdes. • Cirandas: Minha ciranda e peixe vivo. • Mensagem final - Axé • Abraço coletivo • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

Com a finalização da primeira roda de conversa, a equipe organizadora realizou um encontro, a fim de delimitar estratégias para a próxima roda, visando os erros e acertos, dificuldades e facilidades.

○ Buscando mais qualidade de vida – segunda roda de conversa

Depois de uma avaliação da primeira roda de conversa a equipe se apoderou de forma mais íntima do projeto e o terceiro encontro não houve imprevistos técnicos, exceto pelo fato que a árvore dos pensamentos havia sido recolhida, pois foi rasgada pelas crianças que frequentavam a UBS. Esse momento dispôs de acolhimento - roda de conversa - finalização (**Quadro 3**).

O tema foi abordado por uma psicóloga que enfatizou o que seria qualidade de vida e quais as possíveis formas de melhorá-la, visando o bem-estar da pessoa com TEA. A mediadora destacou a importância da participação da família e da escola nesse processo, visto que muitos comportamentos agressivos da criança ocorrem pela necessidade de atenção. Nessa perspectiva, ela frisou técnicas que podem auxiliar os cuidadores em momentos de crise da pessoa com TEA, destacando que deve ser realizada uma avaliação minuciosa sobre o comportamento funcional do mesmo, para então buscar estratégias que melhorem a qualidade de vida deles.

Nesse sentido, de acordo com Minayo (2000) o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares e no que se refere à saúde ele tem como foco principal a definição de promoção de saúde, visando entender e compreender as necessidades humanas. Nesse sentido, Marciano (2004) destaca que a preocupação com a qualidade de vida desses pacientes estimula melhorias nos sistemas de saúde, porém, ainda mais importante para essa qualidade é a sensibilização dos profissionais em ter olhares sensíveis para cada pessoa, indo além dos sinais e sintomas da TEA.

Quadro 4 - Resumo do acolhimento e encerramento da segunda roda de conversa - Autismo: O que é? Como tratar?

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Panfleto - informações básicas, sensíveis e criativas sobre o TEA • Corredor do cuidado - durante a chegada do usuário na UBS ele era vendido e recebia estímulos sensoriais, sendo finalizado com um abraço e com estímulo ao paladar por meio de um doce (jujuba) • Liberação miofascial (crochetagem) realizada por pessoas capacitadas • Música ao violão |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Música "Trem Bala" da cantora Ana Vilela: voz e violão dos acadêmicos • Abraço coletivo • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

O momento em questão foi de grande importância para o público presente, em especial para os acadêmicos envolvidos na organização do projeto, uma vez que forneceu informações valiosas sobre a importância da sensibilidade no processo de acompanhamento da pessoa com TEA.

○ Retorno as atividades – as possibilidades de comunicação no autismo

A terceira roda de conversa foi mediada por duas fonoaudiólogas que relataram os tipos de linguagem, verbal e não verbal, os pré-requisitos para que haja comunicação, o desenvolvimento da linguagem na criança e os sinais de alteração que o autista pode ter na fala, devido a sua dificuldade de interação e mostraram materiais de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), que são ferramentas facilitadoras para que reúnam elementos gráficos e de escrita que auxiliam na comunicação no TEA. A literatura científica evidencia os efeitos promissores do uso da CSA por educandos com autismo. Entre os recursos utilizados da CSA por essa população destacam-se o Picture Exchange Communication System (PECS) e as estratégias derivadas do Aided Modeling Intervention (AMI) (Nunes & Santos, 2015).

Nesse encontro foi perceptível a participação do público, extrapolando o tempo da roda de conversa. Isso acabou afetando o esquema acolhimento – roda de conversa – encerramento (Quadro 5), e a equipe teve que remanejar as etapas. Colocando o material que seria usado no acolhimento para a finalização.

Quadro 5 - Resumo do acolhimento e encerramento da terceira roda de conversa - As possibilidades de comunicação no autismo

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor musical |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Árvore dos pensamentos: serenatas de amor com frases de motivação relacionada à infância e TEA • Ciranda • Música "Um dia após o outro" do cantor Tiago York: voz e violão dos acadêmicos • Mensagem final - Axé • Abraço coletivo • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Caminhos para inclusão – quarta roda de conversa

Após um planejamento prévio, a equipe decidiu retomar o acolhimento de maneira incisiva (Quadro 6).

A mediadora optou por não usar material audiovisual, data-show, facilitando a visão do público acerca do tema. Ela iniciou a roda com uma dinâmica de grupo, na qual pediu para os presentes escreverem num papel os caminhos para incluir uma criança com TEA no ambiente social. Foram escritas palavras como, adaptação, facilitação, perceber as capacidades. Então com essa dinâmica, a palestrante começou a falar de como deve ser a inclusão de crianças com TEA e que para haja o processo de inclusão é necessário que os cuidadores junto aos terapeutas tenham uma noção das dificuldades e capacidades de cada criança.

A palestrante diante da fala de uma mãe que relatou a dificuldade de inserir o seu filho no ambiente escolar, citou sobre da lei 12. 764. Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução e dispõe que em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2o, terá direito a acompanhante especializado (BRASIL, 2014).

Quadro 6 - Resumo do acolhimento e encerramento da quarta roda de conversa - Os caminhos para inclusão no autismo.

| | |
|---------------------|---|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor musical • Palhaçoterapia, realizada por pessoas capacitadas • Abraço grátis |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Ciranda • Música "Oração" do grupo "A Banda mais bonita da cidade": voz e violão dos acadêmicos • Mensagem final - Axé • Abraço coletivo • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

◉ E quem não gosta de música? – autismo e musicoterapia

Esse encontro teve como mediadora uma musicoterapeuta, ela propôs a importância de adaptação da criança com TEA a música. Relatou sobre os objetivos terapêuticos da música, a fim de aumentar a interação, atenção, ensinar determinado conteúdo, trabalhar propriocepção que pode ser aliada ao desenvolvimento neuromotor.

As crianças com TEA apresentam, desde cedo, um distúrbio do desenvolvimento, relacionado com a comunicação e a interação social. A música, é muito utilizada em técnicas de relaxamento, apresenta a vantagem de ser muito apreciada pelas crianças TEA. As experiências musicais que permitem uma participação ativa que favorecem o desenvolvimento dos sentidos das crianças. Ao trabalhar com os sons ela desenvolve a acuidade auditiva, coordenação motora, o ritmo e a atenção e estabelece relações com o ambiente em que vive (Padilha, 2008).

Diante disso, a terapeuta relatou sobre a importância de uma anamnese individualizada, levando em consideração os anseios dos pais em relação à criança, em consonância com o diagnóstico.

Esse encontro proporcionou uma interação muito boa do grupo, o tratamento humanizado dado aos usuários durante o projeto, as falas de cada autor social, trazem aos acadêmicos um norte de um SUS acolhedor, que é efetivo nas suas ações. Como disposto no Quadro 7, a roda de conversa sobre musicoterapia teve uma dinâmica de acolhimento com muita interação entre o público-alvo.

Quadro 7 – Resumo do acolhimento e encerramento da quinta roda de conversa – Os caminhos para inclusão no autismo.

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none">• Corredor musical• Palhaçoterapia e abraços grátis• Momento para fotos com moldura personalizada• Quadro de fotos decorado - Amar é? |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none">• Música “Trevo” da cantora Ana Vitória (voz e violão dos acadêmicos) acompanhada de coreografia (realizada pelas organizadoras)• Distribuição de lembrancinhas• Mensagem final - Axé• Abraço coletivo• Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Autismo e arteterapia – sexta roda de conversa

Segundo Oliveira e Oliveira (2016), a arteterapia integra conhecimentos advindos da arte e psicologia, e trabalha com técnicas expressivas e vivenciais, possibilitando um conhecimento profundo do ser, reconstruindo e integrando a personalidade, possibilitando ainda a aquisição de autonomia, objetivando melhorar a vida humana. A Arteterapia é um agente transformador para o fortalecimento interior e processo de humanização no atendimento em saúde. Arte como disciplina, a arte como terapia e arteterapia e suas significações, foram as abordagens trazidas pela mediadora da sexta roda sobre cuidados sensíveis e criativos no TEA.

Foi percebido nesse encontro o aumento do público ouvinte, a presença de representante de diversas instituições sociais. A presença da mídia local desde os primeiros encontros ratifica a importância do projeto e sua extensão necessária.

O acolhimento (Quadro 8) deu ao público a possibilidade de deixar suas marcas no projeto, a identificação dos cuidadores como agentes de saúde estava muito bem representado na suas falas durante a roda de conversa, a conscientização dos profissionais diante do aprendizado para atender melhor a essa demanda fez desse encontro ainda mais motivador para todos os presentes.

Quadro 8 - Resumo do acolhimento e encerramento sexta roda de conversa - Autismo e arteterapia.

| | |
|---------------------|---|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor musical • Árvore de mãos - trabalhando a sensibilidade tátil |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Ciranda • Música "Pra você guardei o amor" do cantor Nando Reis: voz e violão dos acadêmicos • Dinâmica de incentivo e autoestima • Mensagem final - Axé • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Arrasta o pé menino, a festa junina começou – brincar terapêutico

A equipe utilizou da época junina na realização da estratégia de acolhimento (**Quadro 9**), o ritmo musical tocado e as vestimentas dos facilitadores foram característicos da época junina, a adesão do público foi efetiva. A decoração da UBS estava de acordo com o tema da roda de conversa.

Esse encontro teve como dificuldade marcante a falta de um bom microfone, pois como as rodas de conversas são realizadas no corredor da UBS e nesse encontro teve-se o maior público registrado, as pessoas reclamaram de não estarem escutando as mediadoras. Esse problema foi resolvido durante o encontro e a equipe pensou estratégia para melhorar nesse aspecto.

O brincar terapêutico no TEA, tema do oitavo encontro, foi discutido por uma psicóloga e uma fonoaudióloga, que trouxeram como recurso visual os brinquedos usados na terapia, os intuítos do brincar, de como o brincar no autismo pode ser terapêutico no ponto de vista neuromotor. As mediadoras tiraram dúvidas dos pais de forma harmônica e integrada, e mesmo diante da dificuldade técnica a roda foi participativa, a discussão sobre os brinquedos, o brincar e o desenvolvimento neuropsicomotor atingiu aos acadêmicos, os profissionais e a comunidade, corroborando para os objetivos iniciais do projeto.

De acordo Silva, Herrera e Vitto (2007) o brincar terapêutico como estratégia mostrou-se eficazes para criança com TEA, uma vez que estas apresentam evolução frente ao processo terapêutico. O atendimento precoce com crianças autistas, visando, por meio de metas terapêuticas adequadas, a interação social, atenção conjunta, troca de turnos interacionais e, conseqüentemente, aquisição da linguagem oral e compreensões do processo de comunicação são fundamentais.

Quadro 9 - Resumo do acolhimento e encerramento da sétima roda de conversa - O brincar terapêutico no autismo.

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor junino - Quadrilha |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Brincadeiras infantis - trenzinho • Música "Balão mágico": (voz e violão dos acadêmicos) • Faz um milagre em mim - Regis Daneses e Ressucita-me - Aline Barros (usuário autista) • Mensagem final - Axé • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Mudando os caminhos para retornar com mais força - desempenho motor no TEA

A oitava roda de conversa foi um desafio para a equipe, pois diante da alta demanda de um bairro que faz parte da macrorregião atendida pelo NASF da área e na tentativa de mobilizar os cuidadores da região para as reuniões na UBS onde havia sido realizado os demais encontros, a atividade foi realizada neste

outro bairro. Diante do desconhecimento do público desse encontro a equipe organizadora repetiu o acolhimento da sétima roda e fez mudanças no encerramento, tirando as brincadeiras infantis (**Quadro 10**).

O mediador dessa vez foi um fisioterapeuta, que foi muito bem recebido pela comunidade local, foi perceptível o quanto aquelas pessoas esperavam pelo momento, a maioria dos cuidadores presentes eram mães, e elas levaram seus filhos com diagnóstico de TEA, essas participaram bastante da conversa, relataram as suas experiências no cuidar dos seus filhos, suas rotinas nos ambientes públicos, principalmente na escola. Ele discutiu sobre as fases de desenvolvimento no TEA e as percepções sensoriais das crianças e de como essas sensações podem provocar uma dificuldade de interação com o ambiente, e consequente estado de crise, as mães de maneira geral se identificaram bastante com as falas do mediador.

Sendo assim, fases do desenvolvimento motor no TEA podem apresentar retardos de leve a grave, devido à falta de percepção da criança em relação e interação com o mundo. Sendo assim, a intervenção precoce no autismo que seguem uma perspectiva desenvolvimentista enfatizam alguns princípios gerais básicos que serão agora sintetizados. Essa abordagem deve ser altamente individualizada não apenas no que diz respeito ao perfil de habilidades da criança-alvo, mas também quanto a outras características, como as de processamento sensorial e formas não convencionais de comportamento (Lampreia, 2007).

Quadro 10 – Resumo do acolhimento e encerramento da oitava roda de conversa – O brincar terapêutico no autismo.

| | |
|---------------------|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor junino - Quadrilha |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Música "Mais uma vez" da banda Legião urbana (voz e violão dos acadêmicos) • Mensagem final - Axé • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Planejamento motor em crianças autistas

A nona roda de conversa permaneceu no local tradicional dos encontros e foi notória a presença de grande número de acadêmicos, profissionais, além de cuidadores. Inicialmente como de costume seguiu-se o acolhimento com uma roda de música formada pelos organizadores do projeto, com o auxílio de violão e pandeiro. O encontro evoluiu de forma bastante produtiva, já que houve muita interação da comunidade, que se identificou com o tema abordado, gerando

discussão de dúvidas ao final da roda de conversa.

O encontro foi mediado por uma fisioterapeuta neuroinfantil, que abordou de forma esclarecedora e dinâmica o planejamento motor da criança com TEA enfatizando a importância do cuidado e atenção dos cuidadores no que diz respeito ao esclarecimento das atividades realizadas com suas crianças, devendo haver antes da execução de toda atividade o planejamento da mesma proporcionando à criança a oportunidade de se preparar para a situação.

Além disso, foi abordada a importância de conter a criança em crise, através do abraço ou objetos que possam ser utilizados para envolvê-la, oferecendo a sensação de segurança e transmitindo o sentimento de tranquilidade e confiança. O cuidador poderá também lançar mão do “taping” de pressão no ombro, técnica oriunda do conceito Bobath utilizada por profissionais no momento da contenção, já que atua como um estímulo pressórico corporal, promovendo a reorganização motora e dando sensação de estabilidade. É importante que os cuidadores estejam a par das técnicas de contenção, já que são peças fundamentais na vida da criança com autismo e estarão presentes nas mais diversas situações do dia a dia em que poderá se desencadear uma crise.

Carvalho (2008) e Martão (2002) enfatizam que deve ser dada atenção especial ao trabalho com os pais no atendimento da criança autista, visando, principalmente, proporcionar-lhes um espaço de contenção para sua própria angústia, visto que os pais vivenciam conflitos emocionais e instabilidades ambientais que podem levar a dificuldades no relacionamento com os filhos bem como interferir no desenvolvimento deles.

Quadro 11 – Resumo do acolhimento e encerramento da nona roda de conversa – Planejamento motor na criança autista.

| | |
|---------------------|---|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Roda de música |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Música “Quero ser feliz também” da banda Natiruts (voz e violão dos acadêmicos) • Mensagem final - Axé • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Direitos das pessoas com transtorno do espectro do autismo

A décima roda de conversa foi mediada por uma assistente social, que debateu sobre os diversos direitos das pessoas com deficiência, sendo bastante

marcada pela participação ativa do público, por meio de perguntas e dúvidas.

Dessa forma, ela abordou e esclareceu sobre os procedimentos jurídicos necessários para que a pessoa seja atendida no em um grande centro de referência do Estado, visto que o mesmo possui uma fila de espera muito grande em virtude da imensa demanda da região. Assim, a mediadora ressaltou todos os direitos que as pessoas com deficiência possuem e frisou a importância de se lutar por eles, pois, infelizmente apesar de ser um direito do cidadão, muitas vezes é necessário que os interessados busquem e insistam para que os mesmos se realizem.

Além disso, foi discutido o direito das pessoas com deficiência de ter acesso aos eventos culturais gratuitamente, desde que a mesma possua o Passe Livre Cultura, que deve ser concedido pela Secretaria Estadual de Inclusão da Pessoa com Deficiência (SEID), onde foi notório que a maioria dos ouvintes desconhecia o fato.

Quadros 12 - Resumo do acolhimento e encerramento da décima roda de conversa - Direitos das pessoas com transtorno do espectro do autismo.

| | |
|---------------------|---|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Corredor com cirandas e estímulos por meio de frases |
| Encerramento | <ul style="list-style-type: none"> • Múscia “Dia Especial” do cantor Tiago Iorc • Mensagem final - Axé • Abraço coletivo • Coffee Break |

Fonte: Autores, 2017

○ Conclusão

O relato buscou expor aos leitores as vivências de um SUS humano, motivador e modificador da tríade graduação-serviço-comunidade nos cuidados sensíveis e criativos de crianças com TEA sob uma visão interprofissional, da equipe mentora do presente projeto.

As descobertas dos desafios para formação acadêmica e para produção autônoma de conhecimentos de outros sujeitos são fatores importantes para torná-los protagonistas nos processos educacionais e de saúde. Dessa forma, a vivência contribuiu para humanizar a equipe organizadora bem como os profissionais, acadêmicos que compõem o público alvo do projeto, florescendo características amorosas e cuidadosas, não somente para o tema em questão, mas para a saúde como um todo, permitindo um olhar acolhedor e atento para as necessidades da comunidade.

Além disso, a expectativa é que todos os envolvidos nesta experiência sejam agentes de mudanças, pois se observa que o trabalho em saúde vai além dos conhecimentos teóricos de sintomas e de características sobre determinada patologia, ele abrange a capacidade de sentir o outro, refletir sobre suas necessidades e agir conforme cada uma delas.

Referências

Albuquerque, V. S., Gomes, A.P., Rezendel, C.H.A., Sampaio, M.X., Dias, V.D. & Lugarinho, R.M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 356-62.

Beatson, J. E. (2006). Preparing speech-language pathologists as family-centered practitioners in assessment and program planning for children with autism spectrum disorder. **Thieme Medical Publishers**. v. 27, n. 1, p. 001-009.

Brasil. (2017). **Decreto nº 8.368, de 02 de dezembro de 2014**. Regulamenta a Lei 12764/2012. Diário Oficial, Brasília, DF, 02 dez. 2014 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 07 jul 2017.

Carvalho, M.T.M. (2008). Uma pele para as palavras: sobre a importância dos envelopes sensoriais na clínica psicanalítica com a criança autista. *Lat. Am. j. fundam. Psychopathol*, v.5 n.1.

Carvalho, S. B.O., Duarte, L. R. & Guerrero, J. M. A. (2015). Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho, educação e saúde**, p. 123-144.

Coutinho, L. P., Barbieri, A. R. & Santos, M. L. M. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524.

Duarte, C. P. et al. (2016). Diagnóstico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo: Relato de um caso. **Autismo: vivências e caminhos**, p. 45 - 56.

Elsabbagh, M. et al. (2014). Community engagement and knowledge translation: progress and challenge in autism research. **Autism**, v. 18, n. 7, p. 771-781.

Fernandes, F. D. M. et al. (2011). Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. **Jornal da Sociedade Brasileira de**

Fonoaudiologia, v. 23, n. 1, p. 1-7.

Freitas, C. M., Freitas, C.A.S.L., Parente, J.R.F., Vasconcelos, M.I.O., Lima, G.K., Mesquita, K.O., Martins, S.C. & Mendes, J.D.R. (2015). Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 117-130.

Guerreiro, J.V. & Branco, M. A. F. (2011). Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3.

Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de psicologia**, v. 24, n. 1, p. 105-114.

Lopes, V. et al. (2012). **Documento orientador das práticas de integração ensino serviço e comunidade no município de São José do Rio Preto - SP**. Gerência de Educação em Saúde, São José do Rio Preto: PMSJRP, p. 1-31.

Marciano, A. R. F. (2004). **Qualidade de vida em irmãos de autistas**. 2004. 144f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Marin, M. J. S., Oliveira, M.A.C., Otani, M.A.P., Cardoso, C.P., Moravcik, M. Y. A.D., Conterno, L.O., Braccialli, L.A.D., Nunes, C.R.R. & Júnior, A.C.S. (2014). A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMED. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3.

Martão, M.I.S. (2002). **Filhos autistas e seus pais: um estudo compreensivo**. Instituto de Psicologia, São Paulo.

Mitre, S. M. et al. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 2133-2144.

Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18.

Moura, A. F. & Lima, M. G. (2014). A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v.23, n.1, p. 98-106.

Nunes, D. R. P. & Santos, L. P. (2015). Mesclando práticas em comunicação alternativa: caso de uma criança com autismo. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 1.

Oliveira, M. A. E. & Oliveira, R. F. T. (2016). A Arteterapia No Tratamento Do Transtorno Do Espectro Autista (TEA). **Revista Científica da FEPI**, v. 9, p. 1-4.

Padilha, M. C. P. (2008). **A musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo**. Dissertação (Mestrado integrado em medicina). Universidade da Beira Interior. Covilhã. 2008 Disponível em: < <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/833/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20A%20Musicoterapia%20no%20Tratamento%20de%20Crian%C3%A7as%20com%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20do%20Espectro%20d.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

Pelizzari, A. et al. (2002). Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**. v. 2, n. 1, p. 37-42.

Rocha, F. A. A.; Barreto, I. C. H. C.; Moreira, A. E. M. M. (2016). Colaboração inter-profissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57.

Sampaio, J. et al. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1299-1311.

Silva, R. A., Herrera, S. A. L., Vitto, L. P. M. (2007). Distúrbio de linguagem como parte de um transtorno global do desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. **Revista da sociedade brasileira de fonoaudiologia**, v. 12, n. 4, p. 322-8.

Stewart, M. K. et al. (2015). Community Engagement in Health-Related Research: A Case Study of a Community-Linked Research Infrastructure, Jefferson County, Arkansas, 2011-2013. **Preventing chronic disease**, v. 12, p. 1-10.

Relação terapêutica humanizada: um estudo sobre a empatia dos profissionais de saúde da clínica médica

06

Maria Mabel Nunes de Morais
Leilane Menezes Maciel Travassos

Os avanços tecnológicos e científicos estão cada vez mais intensificados na saúde, garantindo a melhor forma no diagnóstico, prognóstico e tratamento, aumentando a expectativa de vida e diminuindo o índice de mortes causadas por problemas de saúde. No entanto, é notável que esses avanços estão intimamente ligados à etiologia das doenças e não ao paciente, esquecendo-se da assistência voltada para os valores humanos.

As discussões referentes ao atendimento à saúde no hospital levam em consideração a importância da assistência humanizada. O Ministério da Saúde discute sobre o atendimento humanizado no hospital abordando duas vertentes: a qualidade do serviço e o relacionamento que é estabelecido do profissional com o paciente no momento do atendimento (Lima, 2006).

É notável que muitos atendimentos no âmbito hospitalar são baseados no modelo biomédico. Apesar de ser uma abordagem de tratamento direto, torna-se reducionista. Pois não leva em consideração os aspectos emocionais e nem o contexto social em que a doença pode ocorrer. Deixando o ser humano descontextualizado historicamente, socialmente e emocionalmente.

Não sendo comum apenas nos profissionais de medicina, mas também vem se repetindo entre os profissionais de enfermagem e em técnicos de enfermagem, que acabam por incitar uma medicina curativa e tecnicista. No entanto, devemos considerar que a formação do profissional contribui para isso, quando são ensinados a cuidar do outro apenas através de medicação, compreendendo o paciente como uma patologia e não enquanto ser humano.

Porém, não se pode culpar apenas o modelo biomédico pela falta de humanização nos hospitais. Pois, esta é uma instituição pública que é financiada pelo governo, e no momento, o Brasil vive uma situação política que traz en-

traves para o padrão de saúde humanizada. O sistema neoliberal implica na desvalorização do setor público do país, levando à privatização das empresas estatais. Desse modo, a saúde pública passa a ser desvalorizada e as empresas privadas ganham vez no Estado.

É notório que a política neoliberal interfere no desenvolvimento das políticas sociais. Deste modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo prejudicado com relação a financiamentos e o direito à saúde. Apesar de ser oficialmente garantido pela Constituição de 1988, na prática isso acaba não acontecendo. Por consequência, os atendimentos da assistência à saúde passam a ser desumanos quando as pessoas que precisam destes, enfrentam filas para ter acesso ao serviço de saúde pública que é oferecido em hospitais, pronto socorro, estratégias de saúde da família, entre outros.

Dessa forma, o atendimento acaba sendo exaustivo tanto para o profissional como para o paciente, o que atrapalha o estímulo ao atendimento humanizado no sistema de saúde pública. O próprio sistema se mobiliza para que a política de humanização aconteça de fato apesar de todas essas dificuldades que foram expostas. Para tanto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) criou a Cartilha da Política Nacional da Humanização, que por sua vez tem o objetivo de incentivar o atendimento humanizado dentro dos setores de saúde que fazem uso do SUS. Portanto, para se ter um atendimento humanizado é preciso que haja uma relação terapêutica entre os envolvidos, na qual, seja possível ocorrer uma boa comunicação, aceitação e empatia.

A empatia foi estudada por Carl Rogers como um aspecto afetivo que o ser humano pode desenvolver na relação com o paciente. O autor intensifica seus estudos através da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), na qual, enfatiza pontos cruciais que o profissional deve desenvolver para uma boa relação terapêutica, são eles: autenticidade, aceitação incondicional e compreensão empática. Dessa forma, é possível perceber que a empatia é de fato um aspecto importante para a inserção do atendimento humanizado nos hospitais, pois esta é a chave que abre portas para um bom relacionamento terapêutico, e consequentemente, um relacionamento de assistência humanizada (Lima, 2006).

O atendimento humanizado, portanto, é voltado para um acolhimento que entende o ser humano como um ser biopsicossocial. Assim, aqueles profissionais de saúde que atuam de forma autoritária e que percebem os problemas biológicos, sociais e psicológicos dos internos de acordo com a sua própria hierarquia de valores, esquecendo-se que ali há um ser com seus aspectos culturais e emocionais, não estão de acordo com a filosofia que o atendimento humanizado estimula.

O objetivo dessa pesquisa, assim, foi compreender a importância de um relacionamento terapêutico empático no processo de recuperação do paciente. A pesquisa foi realizada na clínica médica do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) com os profissionais da classe médica, enfermagem e técnicos de enfermagem, como também com os internos que vem fazendo uso do serviço.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, com enfoque quanti-qualitativo. Foi realizada na Clínica Médica do Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, no município de Cajazeiras, no estado da Paraíba.

Foram estudados dois tipos de população; a primeira foi composta por nove profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes internados, sendo um médico, dois enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. E a segunda foi composta por seis pacientes internados que foram atendidos pelos profissionais no período da pesquisa, sendo dois do Posto B e quatro do Posto A. A amostra de profissionais, como também, a amostra de pacientes foi escolhida de forma intencional e por conveniência.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos de pesquisa: uma observação participante, uma entrevista semiestruturada com questões abertas, que foram respondidas pelo paciente e a Escala de Jefferson de Empatia dos Profissionais de Saúde (EJEPS) sendo aplicada apenas com os profissionais, sendo este o único de abordagem quantitativa.

A análise de dados ocorreu de duas formas distintas. Os dados colhidos através da EJEPS foram analisados de forma quantitativa, na qual foi elaborado um banco de dados utilizando planilhas do Excel e pacotes estatísticos SPSS for Windows. A partir de medidas descritivas foi possível analisar a caracterização da população envolvida no estudo (profissionais e pacientes) e identificar o grau de empatia dos profissionais que responderam a EJEPS. As medidas descritivas utilizadas foram constituídas por algumas técnicas estatísticas, como média e frequência representadas através de gráficos e tabelas. Além disso, foi calculada a confiabilidade interna da escala através do coeficiente de Alfa Cronbach. E os dados colhidos através das entrevistas semiestruturadas foram analisados de forma qualitativa a partir da análise de conteúdo de Bardin.

Resultados E Discussão

A análise demográfica dos profissionais de saúde revelou a seguinte composição: quanto a categoria profissional, 1 Médico, 2 Enfermeiros e 6 Técnicos

de Enfermagem; quanto ao sexo, 1 homem e 8 mulheres; quanto à idade, 1 com idade entre 20 e 30 anos, 5 com idade entre 31 e 40 anos e 3 com idade entre 41 e 50 anos; e quanto ao tempo de serviço prestado, 6 dos profissionais estão atuando no HRC entre 7 e 10 anos e apenas 2 profissionais atuam há 6 anos e um profissional não respondeu.

É possível verificar que os profissionais de nível técnico têm uma maior representatividade nesse grupo de participantes, totalizando 6. Esse dado está de acordo com a realidade do Brasil, levando em consideração que a nível nacional os profissionais da categoria Técnicos de Enfermagem também apresentam uma maior representatividade em hospitais (Brasil, 2015). Ainda é possível afirmar que houve um aumento de número de técnicos e auxiliares de enfermagem no ano de 2007, devido ao trabalho de qualificação efetuado pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFPAE (Brasil, 2015).

Buscou-se verificar a jornada de trabalho destes profissionais, a categoria de Técnicos de Enfermagem apresenta jornada de trabalho (até 24 horas) inferior às demais categorias. Enquanto a categoria da enfermagem apresenta jornada de trabalho superior (de 30 a 40 horas) aos Técnicos de Enfermagem e inferior à categoria de médicos que chega a ser mais de 40 horas semanais. É possível perceber que a jornada de trabalho dos profissionais do HRC é distribuída de acordo com a função que este exerce na instituição, levando a entender que a categoria que apresentam menos profissionais tem uma jornada de trabalho superior à categoria que apresenta maior número de profissionais.

A categoria de médicos apresenta o menor número de profissionais e uma jornada de trabalho superior às demais categorias, é possível perceber que esta apresenta uma provável escassez no SUS e por consequência um excesso de carga horária aos profissionais para que seja possível que a assistência chegue a todos.

Segundo o Ministério da Saúde um dos desafios enfrentados no Brasil para a atuação do SUS é o número de profissionais, principalmente da categoria de médicos. No último levantamento existiam apenas 1,8 médicos para cada mil habitantes. Considera-se um número baixo para a necessidade do país. Realizando-se uma avaliação por regiões, pode-se afirmar que o número é ainda menor nas regiões norte e nordeste, corroborando com a ideia de que a categoria é mal distribuída entre as regiões brasileiras (Brasil, 2015).

Buscou-se, ainda, investigar a atualização dos profissionais de saúde em formações voltadas à Humanização. De acordo com os dados obtidos, dos 9 profissionais de saúde que participaram da pesquisa, apenas 1 profis-

sional afirmou ter atualização em humanização. Dessa forma, é possível perceber que há uma necessidade do hospital em reforçar as ações que possam possibilitar um atendimento voltado para a humanização, levando em consideração que o ministério da saúde preconiza que todas as unidades de assistência à saúde que utilizam o SUS devem obedecer aos princípios de humanização (Brasil, 2011).

Apesar do Ministério da Saúde ter desenvolvido uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a qual discorre sobre a importância de haver uma educação continuada para os profissionais, trazendo também a responsabilidade do Estado em promovê-la, é possível identificar déficits nesse processo. Levando os profissionais a ter difícil acesso aos cursos que podem possibilitar uma atualização em humanização no contexto hospitalar (Brasil, 2009; Batista e Gonçalves, 2011).

Além disso, é importante que os profissionais de saúde compreendam que a qualificação em humanização traz benefícios para os usuários, mas também melhora a qualidade de vida no trabalho. “Muitos profissionais de saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes (...). Sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência” (Mota, Martins e Vêras, 2006, p. 324).

A análise demográfica dos internos que participaram da pesquisa revelou os seguintes dados: com relação ao sexo, obteve-se 4 homens e 2 mulheres; com relação à idade, 3 com idade entre 41 e 50 anos, 2 com menos de 40 anos e apenas 1 tem idade superior a 50; com relação ao nível de escolaridade, metade dos internos não possuem estudos e apenas 1 possui ensino médio completo; quanto aos dias de internação, 3 dos internos apresentam de 6 a 10 dias de internação, 2 apresentam mais de 10 dias e apenas 1 apresenta entre 3 a 5 dias. Deve-se considerar que a escolha dos internos entrevistados obedeceu a alguns critérios de inclusão com relação à idade e aos dias de internação.

Baseado nas observações realizadas foi possível perceber que em alguns momentos os profissionais têm o atendimento baseado no contexto da humanização e em outros apenas no modelo biomédico. Partindo desse pressuposto, podemos destacar pontos que possam enfatizar os dois modelos de atendimento.

Para destacar o atendimento voltado para a humanização, podemos perceber momentos de acolhimento, compreensão, escuta e explicação de procedimentos percebidos na prática dos profissionais de saúde. O atendi-

mento humanizado, também chamado de biopsicossocial, engloba todos esses aspectos. Para Morais et. al. (2008, p. 324) “Humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida”. O autor ainda enfatiza aspectos ligados à diversidade e ao ambiente, relatando que faz parte do atendimento humanizado manter o ambiente mais agradável e menos tenso, pois assim, é possível proporcionar um atendimento seguro, terno e afetuoso.

Na perspectiva do atendimento humanizado também estamos nos referindo à empatia que deve ser estabelecida no momento da interação profissional-paciente. Carl Rogers (2009) traz a empatia como uma experiência que pode gerar mudanças no processo da psicoterapia, afirmando que

Quanto mais o cliente percebe o terapeuta como uma pessoa verdadeira ou autêntica, capaz de empatia, tendo para com ele uma consideração incondicional, mais ele se afastará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal, e se encaminhará no sentido de um funcionamento marcado por uma experiência fluida, em mudança e plenamente receptiva dos sentimentos pessoais diferenciados (Rogers, 2009, p. 40).

No entanto, essa afirmação também está relacionada à forma de atendimento que os profissionais de saúde devem desenvolver no momento de atendimento aos seus pacientes. A empatia é algo que pode ser desenvolvida em qualquer relação entre dois sujeitos, pois essa forma de se relacionar é a que pode trazer com mais eficiência a compreensão do que o outro está passando no momento.

Destacando o modelo biomédico de atendimento, pode-se evidenciar a falta de comunicação entre o profissional e os internos, visto que em alguns momentos o profissional apenas fazia o procedimento de aplicação de medicamento ou coleta de sangue sem comunicar-se muito com o paciente. Para Morais et al (2008) a comunicação é parte integral de um relacionamento, pois se trata de um fenômeno interativo e interpretativo que, a partir deste, os seres humanos podem compartilhar vivências, angústias e inseguranças, como também é uma forma de satisfazer a relação enquanto seres de um relacionamento.

Toralles-Pereira et al (2004, p. 1020) corroboram com esta afirmação quando em seu estudo afirma que “A falta de diálogo, com o passar do tempo, leva a uma fala esvaziada de sentido para a pessoa doente, que se expressa, algumas vezes, na insatisfação com a qualidade do atendimento pela maior dependência em relação à equipe e ao serviço”. Portanto, é possível afirmar que a falta de comunicação evidenciada nas observações é um ponto que pode ser percebido como algo que enfatiza a falta de acolhimento.

Outro aspecto evidenciado na perspectiva do atendimento biomédico é a “a aula em volta do leito”, nos estudos de Lima (2006) os internos revelam que a visita médica acompanhada por estudantes traz desconfortos e poucas informações, deixando-os em uma situação desagradável. Apesar disso, eles compreendem que os alunos necessitam das aulas para aprender.

No entanto, acredita-se que esse momento de aula em volta do leito deveria ser conduzido de forma menos mecânica, com autorização do paciente e explicação prévia do que seria feito naquele momento. A forma como aconteceu no momento da observação, é perceptível que o paciente se sente usado e desconfortável na situação.

Pode-se destacar, também, que algumas vezes os profissionais preferem não se envolver emocionalmente ao cuidar do outro como forma de mecanismo de defesa para cuidar de si mesmo. Como revela o estudo de Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006, p. 446), onde afirmam “que a maioria dos profissionais considera o não-envolvimento emocional como uma maneira de cuidar de si, ou seja, quanto mais íntima a relação paciente-enfermeiro, mais propício o profissional está a compartilhar os sentimentos com o paciente”.

Portanto, o cuidado humanizado deve englobar políticas que envolvam o bem-estar do paciente e do profissional. Devemos levar em consideração que o profissional revela, visualiza e manifesta o que é construído de acordo com os seus sentimentos. Dessa forma, há uma necessidade de conhecer o que o profissional traz de dificuldade diante das atividades realizadas, para assim conseguirmos construir um atendimento voltado para o acolhimento e compreensão, visto que no atendimento humanizado, as habilidades emocionais são consideradas superiores em comparação às habilidades técnicas (Dejours, Abdoucheli e Jayet 1994, *apud* Amestoy, Schwartz e Thofehrn, 2006).

Para aferir a percepção dos internos sobre a empatia dos profissionais de saúde foi aplicada uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões: Você se sentiu acolhido (a) pelos profissionais da Clínica Médica? O que mais lhe chamou atenção durante o atendimento aqui na Clínica Médica? Tem alguma coisa que você gostaria de ter recebido dos profissionais e não recebeu durante os procedimentos de internação?

A seguir serão apresentadas as categorias que surgiram a partir da análise de conteúdo dos depoimentos obtidos através das entrevistas aplicadas com os internos, a qual representa a percepção dos internos acerca da empatia demonstrada pelos profissionais de saúde do HRC.

Tabela 1: Sentimentos no acolhimento.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS | CONTEÚDO |
|----------------------------|---------------|--|
| SENTIMENTOS NO ACOLHIMENTO | Positivos | <i>Fui bem acolhido, sim. [...] (Paciente 1). Me senti muito bem, todo mundo me acolheu. [...] (Paciente 2). Me senti acolhida. [...] (Paciente 5). Me senti muito bem, fui bem recebida e muito bem acolhida. [...] (Paciente 6). A conversa deles, sabe? Eles compreendem o que eu falo. (Paciente 3)</i> |
| | Negativos | <i>[...] Mas, senti falta de mais atenção do médico do hospital. Se não fosse um médico de fora que passou uns exames talvez eu já tivesse morrido. (Paciente 2). [...] Mas estou sentindo uma dor no peito e ninguém faz nada. Eu já disse a elas, mas elas não dão atenção, dizem que faz parte da doença, mas ninguém diz o que eu tenho. (Paciente 5).</i> |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2: Atendimento Biomédico.

| CATEGORIA | CONTEÚDO |
|-----------------------|---|
| ATENDIMENTO BIOMÉDICO | <i>[...] Os médicos e enfermeiros atendem bem. Se o médico passar um remédio rapidinho elas vêm aplicar. (Interno 2) [...] O atendimento daqui é 24 horas, não precisa nem chamar que eles vêm. (Interno 4) [...] Foi a tomografia que saiu rápido. (Interno 5) [...] E todas as técnicas fazem a medicação com cuidado, tudo é feito certo aqui. (Interno 6)</i> |

Fonte: Elaborada pelos autores.

As categorias surgiram a partir das respostas que os internos emergiram sobre a forma de atendimento recebida dos profissionais. É importante evidenciar que as falas foram curtas e com poucos detalhes. Os internos em sua maioria estavam expressando pouca vontade de falar e preferiam apresentar respostas curtas, apesar da entrevistadora tentar explorar algo mais.

Na primeira categoria é possível identificar que houve sentimentos negativos e positivos com relação ao acolhimento, tendo-se assim duas subcategorias. Todos os internos, inicialmente, relataram sentimentos voltados para um bom acolhimento e atendimento. No entanto, na continuação de suas falas, é possível evidenciar, que os internos 2 e 5 sentiram a necessidade de um melhor

acolhimento, relatando algumas falhas no procedimento.

Segundo Teixeira (2009) a qualidade no atendimento e a evolução do quadro clínico dos internos há muito tempo é fundamentada na relação médico paciente que prioriza a arte de ouvir e examinar o indivíduo de forma cuidadosa acima de qualquer outra intervenção terapêutica. Dessa forma, o profissional de saúde podia transmitir através “do relacionamento interpessoal a solidariedade, o amparo e a segurança vezes necessários ao despertar da reação vital do organismo” (p. 13).

Rogers (2009) afirma que somente quando conseguimos proporcionar uma relação que o outro possa utilizar para seu próprio crescimento pessoal é que será possível ajudar ao outro no momento de sofrimento. E para que essa relação aconteça, um dos pontos que o autor aponta como primordial é a compreensão da fala do outro. Rogers (2009) afirma que a “aceitação não significa muito até que esta envolva a compreensão” (p. 24). É possível evidenciar na fala do interno 3 o cuidado humanístico e empático voltado para a compreensão de sua fala. O interno relata que os profissionais o compreendem quando fala.

Na segunda categoria foi possível perceber que os internos voltaram suas falas para o atendimento voltado ao modelo biomédico, a qual evidencia a medicação e os exames. Apesar de ser possível extrair da fala do interno 6 o cuidado que este percebe na forma de aplicação do medicamento.

Pinheiro e Bomfim (2009) em seu estudo enfatizam que os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde ao mesmo tempo em que trazem segurança, por saber que tem aparato e suporte para o seu problema de saúde, trazem também incertezas e desatenções por parte dos profissionais, onde muitas vezes não explica de forma correta o procedimento e as decisões tomadas para sua melhora. Esses aspectos podem levar à ansiedade, angústias e inseguranças.

Esse aspecto citado por Pinheiro e Bomfim (2009) pode ser visualizado nas entrevistas realizadas no nosso estudo, quando os internos 2 e 5 relatam que não tem conhecimento do que realmente está acontecendo com eles e os profissionais não explicam a situação de forma clara ou não dão a devida atenção ao paciente.

O modelo biopsicossocial de atendimento ou atendimento humanizado vem sendo integrado no ensino e nas práticas de saúde desde a reforma sanitária, este modelo é uma contraposição ao biomédico que por muitos anos perdurou como única forma de atendimento na saúde. Mas o modelo biopsicossocial vem ganhando forças a partir do século XX, o que já ocasionou mudanças

importante na forma de atendimento hospitalar (Cutolo, 2006; Marco, 2006).

No entanto, apesar dos incentivos à mudança é possível constatar que o modelo biomédico ainda está presente no atendimento hospitalar. E em alguns aspectos esse modelo é de certa forma solicitado pelos internos, quando estes sentem a necessidade de um diagnóstico, exame ou medicação. Sabe-se que não é possível tratar uma doença orgânica apenas com atenção, escuta ou acolhimento. Porém, o que o atendimento humanizado vem trazer é a necessidade de unir as duas formas.

Cutolo (2006) ainda afirma que o modelo biomédico exprime claras limitações quando o colocamos de frente aos problemas sociais do nosso país. "Ele é incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, tampouco é capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais" (Cutolo, 2006, p. 17). Portanto, exprime-se, a necessidade do atendimento humanizado no contexto hospitalar.

Levando em consideração as significações que as pessoas podem dar ao ambiente que estão inseridos, Pinheiro e Bomfim (2009) trazem em seu estudo a concepção que os internos têm do lugar onde estão internados. Essa concepção é feita de significações negativas e positivas. Os autores afirmam que a imagem que os internos apresentam do hospital são imagens de contrastes, provocando ambivalência de sentimentos. "Ao mesmo tempo em que os pacientes se sentem envaidecidos e felizes por terem acesso a um hospital de grande porte, eles se sentem tristes por precisarem dessa instituição" (Pinheiro & Bomfim, 2009, p. 68).

Por fim, é possível perceber nas falas emitidas pelos internos que de modo geral eles se sentiram bem acolhidos e atendidos no hospital, apesar de em outros momentos evidenciarem alguns pontos negativos do atendimento. No estudo realizado por Lima (2006) também foi evidenciado essas contradições, a autora relata que "é possível que os sentimentos de gratidão pelo atendimento levem a superar situações desagradáveis às quais os pacientes foram expostos" (Lima, 2006, p. 45). Os resultados da nossa pesquisa corroboram com esta afirmação quando percebemos que os internos avaliam o atendimento como algo positivo, mas trazem situações que de alguma forma foi desagradável para eles.

Para medir a empatia dos profissionais de saúde na assistência prestada aos internos da Clínica Médica, foi utilizada a escala EJEPS. Através desta escala foi possível identificar o nível de empatia geral e por categoria, como também, fazer uma análise de variância.

Foi possível observar que a média da equipe de profissionais (N=9) foi de

107 (DP=13,21, Min=96, Max=134), próximo ao escore máximo que a escala pode apresentar (140). Se compararmos ao estudo realizado por Lima (2006) no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB-RN) é possível identificar que a média encontrada no HRC (107) é menor com relação à encontrada no HUAB (120,40). Nessa pesquisa o número de profissionais que participaram foi 47. Por tanto, devemos levar em consideração a diferença no número de profissionais que participaram das duas pesquisas. Mas, ainda é possível afirmar que os profissionais que participaram desta pesquisa não se identificam com algumas das características apresentadas nas vinte questões do instrumento.

É possível observar que a pesquisa de Lima (2006) apresenta escores maiores do que a nossa, esse resultado pode estar relacionado à filosofia humanística que o HUAB possui e perpassa para seus profissionais.

Os dados obtidos revelam que a maior média apresentada por categoria foi dos técnicos de enfermagem (108,5) e menor foi à categoria dos enfermeiros (101) com uma diferença de 7,5 pontos entres estes, mostrando-se uma diferença estatisticamente significativa (PARO, et al, 2012). Não é possível calcular a média e variância da categoria médica, visto que apenas um profissional dessa categoria participou da pesquisa. No entanto, verifica-se que o nível de Empatia (130) apresentado pelo profissional médico também se encontra em um nível estatisticamente significativo, se levarmos em consideração que o escore apresentado como menor nível de empatia é 20 e o maior é 140.

Não foi possível fazer comparações entre os profissionais que possuem atualização em humanização e os que não possuem, visto que apenas um profissional possui cursos de atualização, desta forma, não tem como calcular a média deste e fazer a diferença entre os dois grupos.

Porém, foi possível fazer uma correlação da jornada de trabalho com o nível de empatia. Observou-se que, nesse estudo, a jornada de trabalho não influenciou no nível de empatia dos profissionais, visto que aqueles que trabalham mais de 30 horas semanais obtiveram uma média de empatia (118) maior do que os profissionais que trabalham apenas 24 horas semanais (107) calcula-se uma diferença significativa de 11 pontos.

No estudo realizado por Lima (2006) esses resultados são diferentes, a autora afirma que a jornada de trabalho e o nível de empatia dos profissionais apresenta uma correlação negativa, embora estatisticamente mínima (0,05). Apesar do estudo de Lima (2006) indicar que há uma tendência do nível de empatia ser maior quando a jornada de trabalho é menor, o nosso estudo apresenta que não há correlação negativa entre esses dois aspectos.

Por fim, é possível perceber que as características de empatia dependem particularmente de cada sujeito, sendo este um comportamento complexo dos seres humanos. Esta capacidade pode ser atribuída a características genéticas, e principalmente, as experiências pessoais no decorrer da vida (Cataldo Neto, Nunes e Margis, 1997).

Hojat et al (2002) identifica em seu estudo através de uma análise fatorial exploratória três fatores subjacentes da Escala de Jefferson de Empatia, todos com valores significativos maior que um. O primeiro fator (tomada de perspectiva) respondeu a 10 itens da escala, o segundo fator (cuidado com compaixão) a 8 itens da escala e o terceiro fator (capacidade de colocar-se no lugar do paciente) a 2 itens, esses itens foram identificados de acordo com a validação feita na Filadélfia.

Para a validação no Brasil, Paro et al (2012) realizou estudo com uma amostra de 319 participantes, também através de uma análise exploratória foi possível identificar os três fatores subjacentes, no entanto, com algumas modificações de acordo com o resultado do estudo. Os autores trazem como fator 1 o cuidado com compaixão na qual engloba 11 itens da escala, o fator 2 é capacidade de colocar-se no lugar do paciente atribuindo-se 2 itens da escala e o fator 3 é a tomada de perspectiva, onde engloba-se os 7 itens restantes que a escala apresenta.

Diante da identificação desses fatores foi possível realizar um exame de confiabilidade para essa pesquisa através do coeficiente Alfa Cronbach para a escala total e também para os fatores identificados por Paro et al (2012). Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) um instrumento pode ser considerado confiável se apresentar o coeficiente Alfa Cronbach superior a 0,7. Portanto, podemos perceber que o nosso estudo é confiável, pois apresentou o coeficiente Alfa Cronbach da escala total o valor de 0,72.

A partir dos resultados apresentados foi possível evidenciar que as observações e a escala de empatia corroboram, levando em consideração que os profissionais de enfermagem apresentaram menor escore de empatia e se mostraram menos empáticos nas observações feitas pelo pesquisador. E os técnicos de enfermagem apresentaram um maior nível de empatia a partir dos resultados da escala e foi identificado nas observações que esses profissionais se mostraram mais empáticos no momento de atendimento aos internos.

○ Considerações finais

Acreditamos que os pontos identificados como negativos devem ser evidenciados para que a instituição possa criar políticas próprias que possibilitem a valorização do atendimento humanizado na assistência à saúde. A partir dis-

so, sugere-se que a instituição possa investir em capacitações que priorizem os relacionamentos voltados para a empatia, não só entre profissionais e internos, mas que englobem a assistência como um todo, pois acreditamos que quando os profissionais exercem suas funções em um local que visualize sua importância, conseguirá visualizar também a importância e o significado do outro, focalizando não apenas no ser humano que está enfermo, mas em todo seu contexto social e familiar.

Ressalta-se que, embora se tenha atingindo os objetivos propostos, a presente pesquisa apresentou algumas limitações. Levando em consideração a baixa locução dos internos, como também o número pequeno de profissionais e a pouca disponibilidade destes. Apesar disto, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma grande importância para a literatura e pesquisa, visto que trouxe contribuições para o atendimento humanizado, assim, a pesquisa permitiu que a compreensão sobre a empatia fosse aprofundada, decorrendo de todas as discussões estabelecidas.

Considerando que esse tema vem sendo debatido e avaliado como importante no atendimento à saúde, se faz necessário dar continuidade, aprofundando-se a investigação sobre a compreensão empática dos profissionais, utilizando outros instrumentos como também uma amostragem maior.

Acredita-se que a pesquisa abriu caminho para o conhecimento sobre o atendimento humanizado na assistência à saúde, bem como para novas formas de se fazer assistência humanizada, cada vez mais voltada para um sistema de saúde igualitário, justo e que priorize o sujeito como um ser integral, assim atendendo as reais necessidades destes.

Referências

Amestoy, S. C., Schwartz, E. & Thofehrn, M. B. (2006). A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.19, n. 4, p. 444-449.

Batista, K. B. C & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Cartilhas Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.**

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Dados referentes à distribuição dos profissionais de saúde no território nacional, no ano de 2015.** [online]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>> Acesso em: 02 de novembro.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009.** [online]. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em 06 de novembro.

Cataldo Neto, A. C., Nunes, M. L., Margis, R. (1997). Evidências biológicas da empatia: uma revisão. **Revista médica PUCRS.** Porto Alegre, n. 3, v. 7, p. 100-106.

Cutolo, L. R. A. (2006). Modelo Biomédico: reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 35, n. 4; p. 16-24.

Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1994. In: Amestoy, S. C.; Schwartz, E.; Thofehrn, M. B. (2006). A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 4, p. 444-449.

Lima, M. C. P. (2006). Percepção de Pacientes na Internação em um Hospital Universitário: Implicações para o Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 42-48.

Lima, S. P. (2016). **O cuidado humanístico com foco institucional: um estudo sobre a empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica.** 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. [online].

Hojat, M. et al. (2016). **Jefferson Scale of Empathy (JSE): user guide.** Center for Research in Medical Education and Health Care Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University.

Hojat, M. et al. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **Am J Psychiatry.** Philadelphia, v. 159, p. 1563-1569.

Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72.

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?** Laboratório de Psicologia, v. 4, n. 1, p. 65-90.

Michaliszyn, M. S. & Tomasini, R. (2009). Pesquisa: **Orientações e Normas para elaboração de Projetos, Monografias e Artigos Científicos.** 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Morais, G. S. N. et al. (2008). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm.** v.22, n. 3, p. 323-327.

Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo, Maringá,** v. 11, n. 2; p. 323-330, mai./ago.

Paro, H. B. M. S. et al. (2012). Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education.** v. 12, n. 1, 1-7.

Pinheiro, C. R. & Bomfim, Z. A. C. (2009). Afetividade na relação paciente e ambiente hospitalar. **Revista Mal-estar e Subjetividade. Fortaleza,** v. IX, n. 1, p. 45-74.

Rogers, C. R. (2009). Algumas hipóteses com relação à facilitação do crescimento pessoal. **In: Tornar-se Pessoa.** p. 22-26. 6 ed. São Paulo: Martins fontes.

Teixeira, M. Z. (2009). Bases Psiconeurofisiológicas do Fenômeno Placebo-Nocebo: Evidências Científicas Que Valorizam A Humanização Da Relação Médico-Paciente. **Rev Assoc Med Bras.** v. 55, n. 1, p.13-18.

Toralles-Pereira, M. L. et al. (2004). Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, n. 4, p. 1013-1022.

A realidade da formação interdisciplinar na graduação: relato de experiências vividas na Universidade Federal de Santa Maria/RS

07

Paolla Zellya Borges¹
Caroline Morsch²
Aiodelle Machado³

INTRODUÇÃO

A proteção social instituída na Constituição Federal de 1988, ganha a seguridade social, e no art. 196 define “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, garantindo acesso universal e igualitário, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. O Sistema Único de Saúde (SUS) regulado pela lei 8.080/1990, em seu art. 2º, estabelece a saúde como “um direito fundamental do ser humano”, entendendo saúde em seu conceito ampliado, como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, além disso, compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho.

O SUS é advindo de movimentos sociais e sanitários brasileiros e possibilitou a reformulação da atuação das diversas instâncias, como a gestão, formação, controle social e das concepções de saúde. A partir da criação do SUS emergem princípios básicos como universalidade, equidade e resolutividade, sendo que as ações e serviços de saúde precisam ser desenvolvidos de acordo com estes e com as diretrizes existentes no Art. 198 da Constituição Federal de 1988: descentralização, atenção integral à saúde e participação social.

¹Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Residente multiprofissional em saúde da família e comunidade da Escola de Gerência Ensino e Pesquisa (GHC). E-mail: paolla.borges@gmail.com.

²Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: carolmorsch95@gmail.com

³Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: aiodellemachado@gmail.com

A resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, determina que o conjunto das profissões em saúde é composto por: Assistentes Sociais, Biólogos, Educadores Físicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Entre as atribuições das diferentes esferas de gestão no SUS, está a formação de profissionais da saúde, com enfoque prioritário na perspectiva da promoção e prevenção da saúde, a partir da integração ensino-serviço-comunidade. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde (DCN) de 2001, a formação profissional na área da saúde deve ter como referência o SUS.

Nesse sentido, espera-se que as instituições formadoras centralizem suas atividades a partir das DCN, as quais preveem mudanças no ensino dos estudantes de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. Com vistas a práticas coletivas, que promovam saúde a partir dos determinantes sociais (JUNQUEIRA, 2014, p. 1460).

Com base no exposto, o presente trabalho pretende problematizar a formação em saúde dos cursos de graduação em Enfermagem, Odontologia e Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A partir de uma revisão bibliográfica visa-se a trazer a realidade da formação acadêmica dos cursos citados, com base em experiências locais, observações, vivências e anseios das autoras.

Referencial Teórico

Os Cursos de Graduação em Odontologia e Enfermagem em suas DCN, através da Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 dispõe do perfil do formando egresso/profissional com

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde [...] da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Já o curso de graduação em Serviço Social não está incluso na resolução supracitada, possuindo parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde, produzida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), pois é um profissional formado para atuar em diversas políticas públicas e não somente na área da saúde. Contudo, a área da saúde, historicamente, representa um dos espaços sócio-ocupacionais mais significativos para o Serviço Social no Brasil.

A formação em saúde deve preconizar os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, com base nas suas diretrizes: hierarquização, regionalização e controle social. Para que esses princípios e diretrizes sejam efetivados, as DCN trazem as competências e habilidades gerais dos profissionais em seu art. 4º, §1:

[...] devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002).

Na saúde, os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade devem ser estudados com afinco e postos em prática. Visando não apenas ao melhor atendimento do paciente, mas também uma melhor relação de trabalho entre os profissionais de todas as áreas, com troca de conhecimentos e auxílio mútuo.

Segundo Bruscato et al, (2004) o trabalho multidisciplinar avalia e executa seus planos de tratamento de maneira independente. Ou seja, cada profissão executa sua respectiva atividade sem integração dos resultados obtidos. Busca a resolução de um problema imediato, sem maiores articulações. No conceito profissional, a teoria e as disciplinas de cada profissão não são modificadas.

A interdisciplinaridade é o que em diversas oportunidades se faz ausente nos cursos de graduação exemplificados neste trabalho. A falta de uma perspectiva teórico-metodológica comum a todas as profissões da saúde, a integração dos resultados obtidos e soluções através de articulação entre as áreas, sempre preservando os interesses próprios de cada disciplina, são itens que faltam para uma maior compreensão do paciente num todo.

Conforme Paul (2005), a transdisciplinaridade acena uma mudança. Ela tenta suprir uma anomalia do sistema anterior, não destrói o antigo, apenas é mais aberta, mais ampla. Sua necessidade decorre do desenvolvimento dos conhecimentos, da cultura e da complexidade humana.

A busca pelo transprofissionalismo só poderá ser alcançada com a solidificação da interdisciplinaridade. Cabe a nós, graduandos, começarmos a mudar o sistema atual dentro de nossas responsabilidades curriculares, buscando a partir do conhecimento do que se é esperado, moldarmo-nos de acordo com o

perfil mais esperado para a atuação no SUS.

Conforme o Projeto Pedagógico dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social da UFSM⁴, respectivamente, é esperado que o perfil do formando seja,

[...] voltada para desenvolver as competências requeridas para sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como competência básica, o agir interativo com os coletivos envolvidos no processo de cuidado; com capacidade de pensar criticamente; propor soluções viáveis e criativas nas diferentes situações.

[...] um profissional de saúde bucal com formação humanista, ética e científica, com conhecimentos, habilidades e competências para atuar na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde bucal, tanto em nível individual quanto coletivo e apto a trabalhar em equipes de saúde.

[...] (com) Formação ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa; Atitude investigativa que favoreça o processo contínuo de construção do conhecimento; Visão crítica e atualizada de mundo e, em particular, consciência dos problemas de seu tempo e de seu espaço; Compreensão da necessidade de contínuo aperfeiçoamento profissional; Sensibilidade para as questões sociais e suas interfaces com os vários planos da realidade; Engajamento efetivo e crítico nas instituições onde atuar, de modo a colocar os serviços dos mesmos em função dos usuários.

Para que este produto final seja alcançado é necessário que a formação seja voltada, principalmente, à face da interdisciplinaridade. A atuação do profissional no SUS deve ser de forma a proporcionar um atendimento integral, e todos os saberes devem estar articulados.

● Relato de Experiência

O curso de graduação em enfermagem da UFSM foi fundado em 12 de setembro de 1975, tendo início das atividades em março do ano seguinte. Atualmente conta com 100 vagas anuais para ingresso, sendo divididas em duas turmas que iniciam no primeiro e segundo semestre letivo. O curso já contou com cinco currículos desde sua fundação, sendo eles o de 1980, 1988, 1995, 2005 e atualmente o currículo que vige é datado de 2016. Com atividades em turno integral, conta com uma carga horária de 4190 horas distribuídas em dez semestres, com disciplinas obrigatórias e complementares e estágios supervisionados.

Ingressei no ano de 2014 no segundo semestre letivo do ano, integrando a turma 78 que seria então a primeira turma que sofreria a transição do currículo de 2005 para o de 2016.

Dentro das disciplinas obrigatórias do currículo de 2005 o curso contava

⁴Dados coletados no ano de 2017, modificações podem ter ocorrido nos projetos pedagógico dos cursos.

com 3 disciplinas de Saúde Coletiva, na qual a primeira já tinha seu início no primeiro semestre do curso. Atualmente as disciplinas de Saúde Coletiva I, II e III foram extintas do currículo através da última reforma.

Sendo a primeira turma a fazer parte do currículo vigente, e tendo ingressado ainda com vigência do currículo de 2005, tivemos a oportunidade de cursar as três disciplinas de Saúde Coletiva, de forma ainda obrigatória. O que trouxe ganhos na formação, tendo em vista que o enfoque da disciplina era para a história da saúde no Brasil e no mundo, concepções de saúde e doença, o sistema de saúde no Brasil, os instrumentos básicos utilizados no cuidado de enfermagem, caracterização das comunidades, organização dos serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, teorias de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, entre outros temas de extrema importância na formação do profissional de enfermagem.

Com base nas experiências vividas ao longo da participação nas aulas de Saúde Coletiva e levando em consideração as necessidades encontradas hoje frente aos períodos finais da graduação em Enfermagem, é possível afirmar que algo que teria grande aproveitamento e traria muitas vantagens na formação de caráter interdisciplinar, seria a integração dos cursos que tem como objetivo a formação voltada para o SUS. Visto que nos é cobrado o exercício da profissão de forma integral e integrada aos outros profissionais, é indispensável ter um contato ainda no período de graduação, para que ao nos depararmos com a equipe multidisciplinar, saibamos como articular os saberes para uma prática aprimorada.

O curso de Odontologia da UFSM, parte do CCS (Centro de Ciências da Saúde) é um curso de turno integral, com um total de 4380 horas, entre disciplinas obrigatórias e complementares, atividades complementares e estágios obrigatórios. Atualmente, conta com cerca de 350 alunos.

As disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva contam com uma grade curricular variada, iniciando pela legislação básica do SUS. Nas aulas também se debate acerca de Estatuto do Idoso, da Criança e do Adolescente, violência contra a mulher, notificação compulsória e denúncia. Legislações pertinentes à prática odontológica em si, como o Código de Ética da profissão, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50/ANVISA e questões de biossegurança são trazidas. Mais à frente, estuda-se sobre o processo de trabalho no SUS - neste ponto, traz-se o debate sobre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade.

A localização do prédio do curso ainda é um dos principais empecilhos para que o trabalho e aprendizado com outros cursos ocorram durante a graduação; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em sua prática. O prédio novo localizado no Campus Sede, que distancia 12km do atual, já está pronto, com previsão de mudança para o ano de 2018. Próximo ao CCS, espera-se uma maior articulação não só com outros cursos da saúde, mas também de outros centros. Também se espera uma melhor adequação para atendimento a nível hospitalar.

É flagrante a necessidade de saber trabalhar e atender o paciente a nível

interdisciplinar, conforme o princípio da integralidade. Foi-se o tempo no qual o dentista era preso ao equipo; hoje as atividades vão muito além da técnica restauradora, o exemplo disso é o atendimento prestado no HUSM; como poderei atender um paciente internado sem trabalhar lado a lado com seus médicos, fisioterapeutas, enfermeiros? Muitos mais do que procedimentos invasivos como cirurgias, raspagens e restaurações, o Cirurgião-Dentista precisa aprender a promover e educar em saúde.

O curso de bacharelado em Serviço Social da UFSM é um curso noturno, com um total de 3.000, ofertado desde 2010 pela instituição, com ingresso de uma turma de 50 alunos/ano. A grade curricular conta com apenas uma disciplina de 60 horas/aulas que trata sobre saúde, a qual é obrigatória no 6º semestre da graduação, intitulada Seguridade II: Saúde. Conforme a ementa, esta disciplina se propõe a tratar sobre a história das políticas de saúde no contexto da Seguridade Social, bem como analisar o processo de saúde/doença e o campo de ação do Serviço Social, problematizando a contribuição do Serviço Social na produção e no redimensionamento do conhecimento teórico-prático das políticas de saúde.

Neste histórico de sete anos de serviço social na UFSM, uma DCG voltada à saúde foi ofertada pelo curso, duas vezes, em turno inverso, intitulada "políticas públicas na área da saúde". A primeira reformulação do currículo está em andamento, e a partir da participação do Serviço Social no PET-SAÚDE/GRA-DUASUS - 2016/2017 (Edital N. 13, de 28 de setembro de 2015), foi incluído na proposta mais uma disciplina obrigatória voltada à saúde no curso, intitulada "Saúde Coletiva e Serviço Social".

O perfil dos acadêmicos de Serviço Social da UFSM é caracterizado por alunos trabalhadores, dificultando a realização de DCGs em turno diurno, participação em projetos de pesquisa e extensão, eventos, grupos de estudos, entre outros. O estágio curricular obrigatório, realizado no 7º e 8º semestre é uma oportunidade de inserção no campo da saúde, em que, em média 25% dos estagiários ampliam sua formação no SUS, porém, grande parte dos estudantes saem da academia com apenas a formação ofertada pela disciplina de Seguridade II: Saúde.

Com base nisso, vemos que os cursos não abrangem em suas grades curriculares, mesmo que atualizadas, disciplinas interdisciplinares obrigatórias, e que os discentes só irão perceber o trabalho em equipe multi e interprofissional nos estágios e/ou na atuação profissional.

Uma das possibilidades de trabalho é, por exemplo, unir as cadeiras de Saúde Coletiva I (a qual, geralmente, trata de assuntos mais gerais do SUS,

abrangendo todas as profissões) em diversas turmas multidisciplinares. Para isso, em primeiro lugar, é preciso que haja uma interação maior entre os cursos e seus departamentos, a fim de poder organizar uma grade curricular comum a todos em pelo menos uma turma da disciplina.

As grades curriculares exigem determinadas horas de cadeiras eletivas, (horas/curso), além das obrigatórias de cada curso. Uma das ofertas é a disciplina de "Formação Interdisciplinar para o SUS", com carga horária de 60 horas semestrais, ofertada pelo Departamento de Saúde da Comunidade e destinada a todos os cursos do CCS (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Terapia ocupacional), aos cursos de Serviço Social e Psicologia do CCSH e ao curso de Medicina Veterinária do Centro de Ciências Rurais (CCR). Conforme a ementa o objetivo geral da disciplina está em qualificar os acadêmicos dos diferentes cursos de graduação na área da saúde da Universidade Federal de Santa Maria, para atuação interprofissional e interdisciplinar no Sistema Único de Saúde. Entretanto, esta DCG conta com número de vagas limitado (5 vagas por curso), além disso, o horário ofertado conflita com atividades obrigatórias da graduação, acarretando na não adesão a disciplina ou a falta de vagas por cursos noturnos. Seguem os relatos das autoras sobre a disciplina evidenciada:

Não tive a oportunidade de cursar a disciplina em questão, tendo por motivos de empecilho às demandas obrigatórias da graduação e também o desconhecimento da existência de tal disciplina, sendo que apenas estive ciente da ocorrência das turmas interdisciplinares em conversa com as demais autoras deste trabalho. O que fica evidente é a falta de divulgação entre as turmas de enfermagem, sendo que em momento algum dos meus sete semestres já decorridos, foi ofertada durante o período de matrículas, ou incentivada a procura posterior para a inserção nas turmas.

Cursei a disciplina há dois anos, quando estava no 3º semestre da graduação. Foi uma experiência incrível; afinal, tão nova no curso, tudo o que aprendia de diferente era simplesmente mágico. Dividi as aulas com colegas da Medicina Veterinária, Fonoaudiologia, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Educação Física. Aprendemos e debatemos muito, apesar de sentirmos falta de outros cursos. As aulas teóricas eram muito enriquecedoras - o corpo docente era excelente, com professores capacitados, de cursos diferentes (Serviço Social, Medicina Veterinária e Farmácia). Os estágios eram em parceria com diversas políticas de Santa Maria, e, apesar de sermos a primeira turma, tivemos um retorno razoável por parte dos preceptores - obviamente, ainda faltava uma certa organização em relação aos horários compatíveis. Meu estágio foi com outro colega da Odontologia (a grade horária dificultava trabalhar com outro curso) na Política de HIV/AIDS. Preparamos um material introdutório da política, a fim de poder apresentar aos professores e colegas junto ao relatório de estágio. Além disso, participamos dos testes rápidos de HIV e Sífilis, promovidos em parceria ao HUSM. Foi um momento único, no qual conversamos com pessoas portadoras das doenças, pessoas preocupadas em ter ou não... Histórias de vida fora da nossa realidade - mas aquela realidade que nem sempre queremos enxergar, mesmo estando ao nosso lado! Recomecei para todos os meus amigos que fizessem essa cadeira; porém,

mais uma vez, esbarravam na quantidade de vagas e horários disponíveis. Espero que consigamos melhorar!

Realizei a disciplina DCG formação interdisciplinar para o SUS um ano atrás, quando estava no 7º semestre da graduação. No geral, considero interessante a proposta de uma disciplina com as diversas áreas que atuam na saúde, porém, a forma com que foi conduzida a disciplina falhava em diversos aspectos. Primeiro que, hegemonicamente, o grupo era composto em ordem decrescente, por estudantes de Serviço Social, T. O., Fisioterapia, Farmácia, Veterinária, e com somente um estudante de Odontologia, Medicina e Psicologia, não contendo estudantes de Enfermagem e Fonoaudiologia. Segundo, o plano da disciplina não foi seguido, havendo atravessamentos nas atividades práticas e desorganização ao distribuir as tarefas. Considero como ponto positivo a presença de diferentes professores, de diferentes áreas, com alto nível de qualificação e que adotam como premissa básica a defesa intransigente do SUS, levando isso nas suas aulas. Destaco que esperava mais da disciplina quando resolvi me inscrever, pois colegas que já haviam a realizado falaram muito bem, entretanto, esperava maior aprofundamento das discussões acerca do SUS e que ao menos fosse possível conhecer a prática dos outros profissionais.

Uma atividade que constitui um importante dispositivo que permite aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem, que é o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde, e que pode ser realizada durante a graduação é o VER-SUS. A proposta é uma parceria do Ministério da Saúde com a Rede Unida, com a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, com a UNE, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde (CONASEMS). A vivência das autoras nesta atividade é relato a seguir:

Uma grande frustração como graduanda de uma universidade pública e que tem um caráter educacional voltado para o Sistema de Saúde do País, é não ter podido participar do VER-SUS, visto que minha maior preocupação enquanto acadêmica é ter uma visão holística do sistema que em breve estarei inserida. A necessidade de viajar para minha cidade natal no meu período de férias, já que durante o semestre letivo, necessito de total dedicação à minha graduação, sendo que participo de grupo de pesquisa e faço parte do grupo de bolsistas de iniciação científica da UFSM, é um grande obstáculo.

Particpei do VER-SUS Foz do Itajaí como vivente no inverno de 2016. Optei por me inscrever em Santa Catarina a fim de conhecer o SUS de lá, do qual sempre ouvi falar muito bem, e tinha muita curiosidade de vivenciar. Éramos em 60, dentre alunos de diversos cursos da saúde e também de História e Direito. A comissão organizadora era basicamente formada pelo DCE (Diretório Central dos Estudantes) da Univali (Universidade do Vale do Itajaí). Contávamos com uma professora da universidade e uma equipe maravilhosa de facilitadores (pessoas que já participaram do estágio como viventes, com uma bagagem maior de experiência em SUS e se disponibilizam a trabalhar junto à comissão para nos proporcionar as melhores situações). O principal objetivo foi atingido com êxito: a transdisciplinaridade!

Uma das propostas do VER-SUS é a imersão total; portanto, ficamos alojados em um hotel na cidade de Balneário Camboriú por sete dias,

onde tínhamos direito a 3 refeições diárias. Os quartos foram separados entre os facilitadores e a comissão (que tinham muito menos tempo de descanso que os viventes!), e nós, viventes, fomos divididos em quartos com até 4 pessoas - de maneira bastante diversificada, de cursos e sexos variados.

Aprendemos sobre educação permanente, lei 8080, reforma sanitária, movimentos sociais, acesso à saúde e suas redes, atenção à saúde de profissionais do sexo, E-SUS (software gratuito de integração de todas as informações das UBS). Com os debates, conceitos de saúde, vida e profissão se modificaram a cada dia.

Divididos em grupos com um facilitador para cada quatro viventes, íamos com um transporte ofertado pelo projeto até a Secretaria de Saúde, UBS, Centro de Especialidades Odontológicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros, em várias cidades da região do Vale do Itajaí. Participamos de uma reunião do conselho municipal de saúde, conversamos com profissionais, usuários, residentes. Voltávamos à noite e trazíamos nossas devolutivas para debater os problemas e potenciais soluções. Também visitamos um Assentamento dos Sem-Terra, em uma cidade distante, quase no Paraná. Aprendemos sobre uma relação de trabalho e comunidade completamente diferente do que ouvimos e vemos. Ao final, uma passeata pelo SUS pela beira da praia até a praça central da cidade. Cada grupo trouxe o que aprendeu e o que sentiu com o VER-SUS. Terminamos o 7º dia com descanso, lágrimas, saudades e muita resistência, porque "resistência é saúde" - nosso lema!

Aprendi a ver o SUS. Aprendi a ver a Odontologia. Aprendi muitas gírias catarinenses. Aprendi a brigar pelo que eu quero. Aprendi a falar por quem não tem voz. Aprendi a ver a mim mesma.

Minha experiência com o VER-SUS foi no ano passado, no primeiro seminário VER-SUS que ocorreu em Santa Maria-RS. Foram 3 dias de palestras, debates, GTs e oficinas que contaram com a presença de estudantes de graduação das instituições do município e fora dele, docentes, profissionais, usuários, militantes dos movimentos sociais e estudantes e da gestão municipal. O objetivo do evento foi discutir a influência do VER-SUS na nossa formação, suscitando novas propostas e políticas de alteração do currículo dos cursos da área da saúde com ênfase na Saúde Coletiva e na formação profissional para o SUS. Esse tema que permeou o seminário vai ao encontro do que buscamos problematizar neste trabalho, contribuindo para realizar reflexões da formação profissional para atuação no SUS. O seminário também possibilitou a articulação das pessoas que defendem o SUS em um momento de ataques às políticas públicas, as quais precisam ser defendidas.

Os estágios extra e curriculares na área da saúde oportunizam o aprendizado e convívio multidisciplinar; entretanto, há ainda um despreparo dos estagiários em relação ao trabalho em equipe e o processo de trabalho desta. Muito disso decorre da graduação não abarcar disciplinas obrigatórias interdisciplinares, com oportunidade do convívio interdisciplinar somente em DCGs, eventos e alguns projetos. Sobre esse tema as autoras tem a dizer:

Desde o primeiro semestre da graduação já estive inserida em atividades em UBS e ESF, tornando a preparação para atuação em equipe gradativa e menos insegura ao longo dos semestres vindouros. Não tenho queixas do time de professores e colaboradores com minhas ex-

periências; porém, acredito que, assim como a inserção no serviço de saúde se inicia cedo, deveríamos ter contato e sermos instruídos com os demais acadêmicos do serviço, para que possamos ainda mais cedo articular saberes e compartilhar experiências que atribuem mais riqueza na execução dos serviços.

Quanto aos estágios e vivências realizadas no HUSM, acredito que o mais próximo que chegamos de uma articulação interdisciplinar, foi com a residência integrada em saúde presente na maioria dos espaços do hospital, que nos agrega muito conhecimento, possibilita a garantia de uma educação continuada e a visão do profissional já formado. Sinto-me privilegiada pela oportunidade que tive de atuar como estagiária de graduação no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, onde desenvolvi minhas atividades junto a equipe de enfermagem, anestesiológicas e médicos cirurgiões no centro cirúrgico. Absorvi um conhecimento grandioso acerca de uma das áreas que sempre tive curiosidade. Mesmo sendo uma instituição privada, a unidade em que estive inserida contava com muitos profissionais que também atuavam no sistema público, o que permitia a visão de um outro ângulo sobre a importância do SUS.

Desde o 3º semestre de graduação, faço estágio observacional em uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, durante as férias em Porto Alegre. É o momento que tenho de dividir meu conhecimento, dúvidas e experiências com outras pessoas de fora da UFSM. Apesar de estarmos boa parte do tempo de atendimento dentro da clínica odontológica, passamos o dia inteiro em contato direto com outros profissionais da US. Costumamos almoçar todos juntos e duas vezes na semana há reuniões de equipe para tratar melhorias e evoluções, tanto no atendimento em si quanto na estrutura do local. Com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), também temos grupos de atividades gerais - artesanato, grupo de controle de asma, de saúde bucal (uma das maneiras de agendar atendimento odontológico), de tratamento de diabetes e hipertensão. Sou sempre muito bem recebida por todos e me sinto privilegiada por ter buscado essa experiência desde cedo e fora da Santa Maria.

Nos últimos semestres em duas disciplinas que são obrigatórias para obtenção do diploma, uma em cada semestre, concomitante a outras disciplinas curriculares, as quais possibilitam vivenciar teoria e prática indissociavelmente no estágio. Realizei-o no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPS I) de Santa Maria - uma instituição pública do SUS constituída por diversas profissões em saúde e regida pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Importante dizer que durante a graduação não tive nenhuma instrução ou aula sobre saúde mental. Na prática tive de buscar muitas leituras sobre a área de atuação, além de aprender com os profissionais do serviço como "lidar" com um usuário da saúde mental. Considero o CAPS I um local fantástico para analisar o trabalho em equipe multidisciplinar, pois se pode ver exatamente a resolutividade de casos e o quanto as profissões articuladas com seus saberes auxiliam no cuidado. Quanto a minha chegada ao campo, foi de extrema importância a receptividade das profissionais da minha categoria em acolher minhas dúvidas e me preparar para a atuação em equipe, pois eu não conhecia o fazer dos outros profissionais na saúde mental, como da terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, educadora física, psicopedagoga; apenas fazia uma breve associação dos psicólogos e médicos, muito ligada à antiga ideia de saúde mental. Penso que, sim, o estágio é uma boa oportunidade de vivenciar o trabalho em equipe, mas deveria haver uma melhor preparação dos discentes durante a graduação.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é um projeto de extensão presente em algumas universidades após seleção de propostas, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, cujo objetivo é o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, de acordo com seus princípios e necessidades.

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

Atualmente, o programa responde ao edital n. 13, de 28 de setembro de 2015, denominado PET-SAÚDE/GRADUASUS, com previsão de execução para o período de março de 2016 a fevereiro de 2018, em que através da articulação ensino-serviço-comunidade prevê mudanças na formação de graduação em saúde, aproximando-a do SUS.

Na UFSM o projeto está em andamento e conta com a participação dos cursos de Serviço Social, Farmácia e Medicina, envolvendo atores do SUS e da comunidade acadêmica, como professores, estudantes, profissionais de saúde e gestores, com foco na interdisciplinaridade, na integração ensino-serviço, na humanização do cuidado, na integralidade da assistência, no desenvolvimento das atividades que considerem a diversificação de cenários de práticas e redes colaborativas na formação para o SUS. Segue o relato de uma autora que participou do PET:

Faço parte do programa na UFSM pelo curso de Serviço Social, como acadêmica bolsista, desde março de 2016, quando iniciou as atividades na universidade. Acredito muito na proposta que o PET-saúde desde sempre vem realizando na formação em saúde, enfocando na interdisciplinaridade e articulando ensino-serviço-comunidade. A vivência durante o período de PET para os alunos que participam influenciam significativamente na formação em saúde destes, nesse sentido, o atual edital tem como proposta a incidência disso na formação dos outros estudantes. O desafio é grande, barreiras são constantes, o trabalho multidisciplinar é difícil, a polivalência do trabalho torna-se um empecilho para articulação com os profissionais, mas estamos aí, rompendo barreiras, achando tempo onde está escasso, trazendo novas iniciativas que poderão incidir na formação dos futuros e atuais profissionais da saúde.

○ Conclusão

Diante do exposto, a formação das profissões que atuam na área da saúde desde a Constituição Federal de 1988, a publicação da lei 8.080 em 1990 e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde de 2002, precisa estar de

fato, acordado com o que preconiza a lei. Nesse sentido, este estudo procurou a partir do relato de experiências vividas na graduação dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social problematizarem esta formação enfocando a interdisciplinaridade existente ou pouco existente entre os cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

Procurou-se trazer os anseios das autoras nos relatos de experiências individuais das disciplinas curriculares e optativas, dos estágios obrigatórios e não obrigatórios, em estágios e vivências na realidade do SUS (VER-SUS) e projeto de Extensão (PET-saúde). Tudo isso pra dizer que é na formação daquele aluno que está o futuro do nosso SUS, a atual conjuntura conclama profissionais preparados para atuar na política pública de saúde brasileira, estamos frente a uma grave crise econômica, ambiental, política, ética e social, somadas a políticas severas de ajuste neoliberal que estão promovendo desmontes nos direitos sociais conquistados.

Precisamos formar profissionais de caráter generalista, humanista, crítica e reflexiva que estejam articulados aos movimentos sociais, que lutem por um SUS de qualidade, pelo acesso universal, pessoas capazes de integrar as equipes de saúde e estimular a intersetorialidade, viabilizando a participação dos usuários e dos trabalhadores na gestão desta política. Finalizamos este trabalho conclamando a sensibilidade e a responsabilidade das instituições formadoras, havendo co-responsabilização de todos os envolvidos para que busquem soluções com vista a formação para o SUS de qualidade.

○ Referências

BRASIL. **lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Disponível em: http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Título VIII Da ordem Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília/DF - 2010.

JUNQUEIRA, Túlio S.; COTTA, Rosângela M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1459-1474, 2014.

Projeto Pedagógico dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://site.ufsm.br/>. Acesso em: 30 ago. 2017.

PAUL, Patrick. Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. **Saude e Sociedade**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 72-92, 2005 .

Bruscato, W.L.; Benedetti, C. & Lopes, S.R.A. (org). (2004). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo:** novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo.

"Caminhos improváveis: um convite ao olhar periférico": contribuições para formação interprofissional em saúde por meio da arte

08

Nara Maria Holanda de Medeiros
Carlos A. S. Garcia Jr
Heloísa Germany
Doriane Périco Lima

○ O que pode a arte no repertório da saúde?

Quero conhecer, para melhor sentir
e sentir para melhor conhecer.
(Cézanne)

Neste capítulo, diferentes narrativas e *performances*, do Projeto "Caminhos Improváveis: um convite ao olhar periférico" irão discutir a mediação da arte como instrumento social que possibilitou acesso às diferentes linguagens artísticas e que se tornou uma ferramenta para o ensino interprofissional e criativo em saúde, cujo objetivo desse relato está em contribuir com o conhecimento que incorporou, na perspectiva interprofissional e interdisciplinar, com os processos de formação e educação permanente das profissões da saúde.

O projeto citado foi uma construção coletiva (dos autores desse capítulo) de um portfólio artístico vivo, desenvolvido durante os encontros de Educação Permanente (EP) do Apoio Institucional no Ministério da Educação (AIMEC) com o objetivo do fortalecimento das ações educativas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cujo grupo era de abrangência nacional, com representantes de todos os estados que atuavam junto à interface da educação.

O ensino e o trabalho em saúde no Brasil estão tanto marcados pelas necessidades de transformações, quanto pela imutável rigidez de suas organizações que andam na contramão da transformação do ensino e do trabalho pelos estudantes e trabalhadores, de tal maneira que, em geral, os ritmos e riscos do trabalho vem impossibilitando o exercício do processo criativo e crítico, ademais afetando a saúde mental de profissionais e estudantes de maneira adoecedora. (Medeiros, 2017). "Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um sig-

nificativo impacto sobre a saúde. A organização social do trabalho deveria contribuir para constituição de uma sociedade mais saudável” (Brasil, 2002, p.32).

Face a essas questões, buscamos por meio da mediação da arte como perspectiva de educação interprofissional configurar expressões vivas do presente, de modo a identificar pontos de dificuldade do processo de trabalho e fazer irromper a força da integração entre as diferentes profissões e áreas de saberes, fomentando o potencial criativo e resolutivo de intervenção em sistemas complexos.

Nesse contexto, a equipe de apoiadores foi convidada à travessia de um *caminho improvável* nos encontros técnicos do AIMEC. Improvável, pois se trata de “um caminho de acolhimento, fruição e reflexão com interface entre os campos da arte, educação e saúde” (Guattari, 1992) dentro da própria institucionalidade governamental. Propomos um exercício de pausa, com deslocamento do olhar e produção de intervalos necessários para a resignificação de nossas ações; relevantes, sobretudo, em espaços estriados, pelo que se percebe dos modos mais engessados de produção de conhecimento e cuidado em saúde.

Tratou-se de um exercício de educação, gestão e atenção que no campo da humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: a partir de escolhas sensíveis que perpassam em essência pelo que Deleuze e Guattari (1980) chamam de “ética da experimentação”, num misto de práticas experimentais e também transgressoras, desafiando limites do nosso concreto instituído ao pensamento abstrato, dando espaço ao improviso cotidiano, que nos torna mais criativos e menos previsíveis ao encontro com a possibilidade de experimentar outras formas de trabalho através da sensibilidade e do olhar periférico.

Um olhar que nos aponta percepções de outra ordem, não apenas diretivas, mas sim do entorno e minúcias da vida. Um olhar que percebe também que existe algo fora do foco e se distrai com outros movimentos e cores, captura instantes diferenciados e aborda o “minúsculo” da vida. Não tem precisão alguma, pode ser embaçado e desfocado, mas sempre nítido à sensibilidade.

● **Introdução: educação interprofissional enquanto caminho para práticas criativas e colaborativas**

A necessidade de aprimorar a formação e os espaços de educação permanente dos profissionais da saúde, com base na integralidade, a fim de fortalecer o sistema de saúde tornou-se um dos principais desafios dos atores sociais da saúde pela implicação com a complexidade das demandas atuais.

O trabalho e o ensino em saúde tanto no cenário mundial quanto nacional

estão marcados pelas influências do modelo *flexneriano*, de caráter reducionista, especializado e altamente fragmentado e por processos gerenciais ainda focado nos moldes *Taylorista*, baseado no “princípio de separação e verticalização que separa o ser técnico do político e o que executa do que planeja” (Medeiros, 2015, p.222). A área da saúde apresenta-se, como diria o educador Paulo Freire: “como um produto (de consciência ingênua) de um processo histórico (da educação bancária) que espelha as poucas oportunidades que teve o povo brasileiro de exercitar a consciência criadora”. (Freire, 1979, p.38). Dessa forma o pensar e agir em saúde continua sendo norteado pelo “pensamento simplificador que desintegra a complexidade do real” (Morin, 2011, p.6).

Nesse contexto, que profissionais e estudantes assumem a impotência frente as demandas atuais do cotidiano da saúde, pela dificuldade de lidar com problemas inestruturados⁵, com o volume de informações e a velocidade com que os conhecimentos e práticas se transformam, com a própria abordagem ampliada e interprofissional que demanda pelo preparo e aprimoramento dos profissionais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) também apontam para a necessidade, de um profissional: “capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (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, 2001), numa perspectiva de que a aprendizagem deve se dar nas diferentes esferas do domínio, sendo eles cognitivos, psicomotores e afetivos, sem hierarquia de um domínio sobre o outro. Com esse mesmo desafio estão as instituições de trabalho.

Assim, torna-se claro a importância do ensino e da aprendizagem compartilhada; do trabalho em equipe: interdisciplinar e interprofissional porque são capazes de aumentar o potencial de resolutividade das equipes e a efetividade das ações em saúde. De tal modo criar a integração e ruptura das fronteiras do conhecimento.

A Educação Interprofissional (EIP) é a situação em que “estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colocação eficaz e melhorar os resultados na saúde” (OMS, 2010, p.7).

⁵Os problemas em áreas complexas e inestruturadas são aqueles “cuja solução “não está nos livros” e não respondem a racionalidade técnica. [...] Muitos deles envolvem conflitos de valores (por exemplo, entre tecnologia e equidade); outros derivam de características únicas do contexto ou situações (culturais, de tradições, da compreensão situacional do paciente e da família, condição socioeconômica, os grupos de poder, normas implícitas); outros surgem decorrentes da organização do trabalho (conflito de funções e de linguagens, barreiras interpessoais, competitividade, ausência do sentido da missão do serviço, predomínio de rotinas automáticas, insatisfação dos trabalhadores); outros que os sujeitos não percebem porque eles mesmos ajudaram a criá-los.” (Davini, 1994, p.115)

O ensino interprofissional é o processo de preparação das pessoas para a prática colaborativa e a própria colaboração interprofissional (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010, p.1). As práticas colaborativas (PC):

ocorrem quando vários profissionais da saúde com diferentes experiências fornecem serviços abrangentes [...] para oferecer a melhor qualidade dos serviços em cada contexto. São mencionadas adaptações institucionais bem como estratégias de comunicação e resolução de conflitos que sustentem as PC. (Germani , Oliver, Rocha, Carvalho, Peduzzi & Sangaletti, 2013, p.3).

Muitos profissionais e estudantes confundem a prática colaborativa com a situação em que cada profissão usa suas próprias competências específicas para alcançar objetivos comuns. Assim, o processo de integração efetivo entre os membros das equipes favorece a ocorrência de um processo de EIP e das práticas colaborativas sustentáveis. MEDEIROS (2015) apresenta em estudo qualitativo-fenomenológico a noção de que a integração está muito além da garantia que os diferentes atores se encontrem e compartilhem o mesmo espaço, mas sim quando se evidencia o momento em que ambas as equipes [ou pessoas] perceberam a si mesmos enquanto *extensão* e *apoio* uma da outra.

Na minha experiência, quando as equipes (de gestores e profissionais da unidade ou docentes e discentes) alcançavam objetivos comuns, atuavam com o mesmo método educativo de atuação (participativo) e com as mesmas concepções construídas por meio da divergência e convergência dos seus membros. [...], além do mesmo foco na promoção da saúde da população e na qualidade da assistência. Eu constatava que, segundo minha concepção, as equipes haviam terminado seu processo de integração e que essa etapa havia sido concluída, pois era possível celebrar a constituição da equipe *extensa-integrada* (Medeiros, 2015, p.222).

No tocante à relação de ensino-aprendizagem:

A aprendizagem colaborativa é eficaz para ensinar o trabalho em equipe; apresenta independência positiva, interação face a face, responsabilidade individual, habilidades interpessoais e de pequenos grupos, e o processamento de grupo. A aprendizagem no serviço experiencial é realizada no cenário de prática, dentro dos princípios da Educação de Adultos e formação profissional. Presume-se que aprendizagem ocorra como um resultado de uma prática planejada, na qual a oportunidade de adquirir e aplicar conhecimentos, habilidades e sentimentos tem lugar em um cenário real, relevante. (Camara, Grosseman & Pinho, 2015, p.818).

A EIP difere da educação profissional tradicional, pois a produção do conhecimento acontece a partir de interações com os outros profissionais e envolve atitudes e habilidades colaborativas únicas, e, portanto, ela requer um novo modo de pensar o processo de ensino-aprendizagem (Camara, Grosseman & Pinho, 2015, p.818).

Diante disso, compreendendo a necessidade de experiências de determinados territórios para fortalecer a formação colaborativa e transformadora em saúde viemos por meio deste transmitir a particularidade de uma narrativa circunscrita em um exercício *a posteriori*. Trata-se de um acontecimento, delimitado na prática, expressa como uma estratégia micropolítica do agir em saúde, narrada para permitir a constituição e materialização de um processo instituinte dentro da máquina estatal. Assim, sabemos das limitações e obstáculos deste exercício, porém apostamos a expressão desta criação coletiva, especialmente, amparados na premissa de uma defesa da saúde capaz de flexibilizar a lógica gerencial-pragmática de fazer em saúde e contagiar outros atores envolvidos com a produção de saúde.

○ Projeto caminhos improváveis: um convite ao olhar periférico

(...) aos que alguma vez já desconfiaram que essa vida morna e tola que nos é oferecida e alardeada como a única possível, desejável e saudável escondesse outras tantas. Cuja beleza e tentação cabe reinventar.
(Pelbart, 1993, p. 13)

Como referido anteriormente o projeto foi desenvolvido nos encontros de EP do AIMEC, cuja modalidade de trabalhadores-apoiadores trata-se de um modo de fazer em gestão com a articulação entre diferentes instâncias de governos. No caso do PMMB, o apoio consistia em duas frentes: apoio central e apoio descentralizado. O apoio central foi realizado em Brasília, no MEC, por meio de encontros mensais, de caráter técnico e educativo, constituído de momentos formativos-reflexivos e técnicos-organizacionais, sob o enfoque da Educação Permanente entre a gestão do PMMB e os apoiadores dos diferentes estados da federação. O apoio descentralizado refere-se ao apoio institucional realizado entre os apoiadores nos seus respectivos estados de atuação junto às autoridades (tutores e supervisores acadêmicos do PMMB, gestões municipal e estadual) e os trabalhadores médicos da Atenção Básica e Instituições de Ensino Superior. Essa organização permite uma capilaridade nos territórios de atuação ao mesmo tempo com uma retaguarda das ações e definições estabelecidas dentro das instâncias administrativas interministeriais. O PMMB sugere a integração ensino-serviço, que garante assistência combinada com a produção de saberes voltados ao aperfeiçoamento de profissionais brasileiros e estrangeiros, levando à melhoria nos processos de cuidado implementado pelas equipes de saúde brasileiras. (Rocha, 2014).

No tocante à formação em saúde, o PMMB resultou na revisão da DCN, do curso de medicina, em 2014, em que incluiu a aprendizagem interprofissional

como objetivo de formação. Na concepção dos autores pode-se dizer que o PMMB também levou o grupo do AIMEC à caminhos improváveis que entrelaçaram desafios da formação em saúde que englobam olhares periféricos e ousados. E foi nessa perspectiva que nasceu o Projeto Caminhos Improváveis do AIMEC, através do desejo da representante da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde - DDES/SESu/MEC em inserir linguagens artísticas nos encontros técnicos do apoio central como forma de sensibilizar o grupo a esses outros olhares, o que a fez procurar os apoiadores envolvidos com a temática da arte e que possuíam produções intelectuais e trabalhos relacionados para a execução dessas atividades. Logo a pactuação foi firmada e os três apoiadores institucionais destacaram a importância do desenvolvimento de um processo artístico que pudesse ser incorporado ao processo de Educação Permanente do grupo, mas nunca em uma perspectiva de entretenimento e sim de estímulo aos potenciais criativos. E, dessa forma, o grupo poderia trabalhar numa perspectiva interprofissional e interdisciplinar mais inventiva através do trabalho colaborativo em equipe.

Esse trabalho foi aprovado também pela diretoria e, nesse sentido, o projeto passou da fase de idealização para a de criação do mesmo, no ano de 2015. Embora o projeto pudesse soar como um pequeno projeto, desde a sua criação ele foi concebido como uma aposta ambiciosa de mudar concepções sobre o pensar e o agir em saúde. É cabível destacar a importância do apoio da diretoria do PMMB, frente à projetos dessa natureza comprometendo-se com a garantia de tempo para EP, espaço, estrutura e envolvimento da equipe nacional de apoiadores para o desenvolvimento das atividades do projeto, ademais houve proatividade e integração entre os membros da equipe criadora do projeto e com os apoiadores dos estados para o aprender e o fazer compartilhado como pressupõe a Educação Interprofissional.

Especificamente foram objetivos do Projeto: (a) possibilitar compreensão da lógica artística-educativa, de reflexão-ação-reflexão, (b) o ensino em saúde por meio de mediações artísticas-culturais apoiadas em diferentes linguagens e narrativas como recurso para possibilitar, ainda mais, o exercício do protagonismo no trabalho; (c) “desbloquear potencial criativo quando necessário” (Medeiros, 2015); aumentar a base conceitual de cada ator social; (d) integrar diferentes profissões e saberes para o desenvolvimento de competências comuns e específicas; (e) integrar conhecimentos da ciências humanas e sociais, buscando complementar às ciências da saúde (f) possibilitar imersão do grupo de profissionais apoiadores frente a diferentes perspectivas artístico-culturais para a abertura de novos repertórios (g) Produzir reflexão a partir de exercícios de pausa e resignificação das nossas ações em saúde, fomentando o sentido do trabalho; (h) estimular a construção coletiva do portfólio artístico vivo e físi-

co (i) favorecer a aprendizagem compartilhada de aspectos objetivos e subjetivos; (j) possibilitar integração interprofissional para abertura e experimentação de um profundo contato humano; (k) possibilitar aquisição de novos métodos e tecnologias favorecedoras do estabelecimento da EIP e da interdisciplinaridade; (l) estimular autoconhecimento e reconhecimento do outro para o estabelecimento de relações baseadas no vínculo, respeito, na afetividade e aprendizagem; (m) compreender a importância de cada profissão e de cada pessoa nesse processo de edificação; (n) contribuir para aprendizagem compartilhada por descoberta de forma prazerosa.

A motivação desta produção reside no encontro entre desejo, afeto e produção de saúde e subjetividade no trabalho, especificamente, no apoio institucional e os enfrentamentos e tensões inerentes a complexidade e robustez do PMMB, num cenário de resistências políticas, amplo investimento financeiro governamental, responsabilidade administrativa e capacidade técnica na mediação de conflitos.

Assim, compreendemos que o projeto traz uma inovação: a articulação intraministerial de uma perspectiva transformadora de educação em saúde. Trata-se de colocar em contato diferentes atores, com suas variadas formações, diante da arte como um meio para pensar e agir em saúde dentro de um escopo robusto como o PMMB. Não se trata de uma tarefa simples, pelo contrário, propor a leveza e criticidade da arte dentro de um aparato estatal, na grande maioria das vezes, duro, frio, distante, impessoal e fechado. Portanto, essa narrativa é uma maneira de evidenciar a formação como um processo de aprendizagem por contágio, isto é, a indução da manifestação individual e coletiva de sujeitos envolvidos com mesmos projetos para flexibilizar e ampliar a capacidade de análise, interpretação e intervenção.

● O traçado de um percurso: os pontos em conexão

É preciso hoje saltar
no mar bravio da arte e da loucura.
Mergulhar nos braços da imaginação.
André Heller-Lopes

O presente relato diz respeito a construção do Portfólio Artístico Vivo (a mediação da arte nos espaços de aprendizagem compartilhada) que tomou forma pela imersão dos participantes em diferentes narrativas artístico-culturais, buscando ecos e pontos de conexões com a ciências da saúde, de forma que os conhecimentos da mesma se desvelassem em uma perspectiva complexa, multidimensional, sensível e humana. Considerando que “a humanidade só existe para além daquilo que a gente delimita como humano, que é o humano

no sentido dessa carne, desse osso, dessa pessoa, que é o ser humano" (Januzelli, 2011, p.303).

A experiência contou com o desenvolvimento de diversas linguagens artísticas com potenciais para o desenvolvimento de competências culturais: (a) *Mostra de Artes Visuais*⁶; (b) *Mostra Poética*⁷; (c) *Convite Vivo para arte de escrever*; (d) *Produção de texto teatral*⁸; (e) Convite Vivo para interpretação e representação do texto; (f) *Encenação da peça* intitulada: *Travessia*; (g) *Estímulo e apoio permanente por novas produções artísticas* (presencial e a distância (como atividade de dispersão); (h) *Produção de vídeo*⁹ e (h) *Portfólio Artístico Físico*.

A criação e exposição das artes visuais foram atividades de caráter cultural, artístico, educativo e convidativo da reflexão quanto as possibilidades da arte para ampliação do conhecimento; aquisição de informações sobre as obras, técnicas e as formas de abordar da artista, marcada pelo tempo de fazer coadunar singularidades das ciências humanas e da saúde, para além de um cenário real colocado, mas considerando que a aprendizagem significativa diz de uma identificação do aprendiz com aquele conhecimento que está sendo transmitido. Que pode ser feita através de conexão imediata ou não, mas em algum sentido toca aquele sujeito.

Um caminho para borrar as paredes institucionais, ingressar num corredor de fragmentos sensíveis, ativar os sentidos e olhar para os lados. A experiência da *Mostra Poética* foi uma atividade que também provocou estímulo ao desenvolvimento do potencial criativo, pois tanto envolveu os participantes na dimensão artístico-cultural quanto os convidou para a vivência da escrita poética, face as experiências individuais e de integração daquele coletivo.

A *Mostra Poética* apresentava um conjunto de "receitas poéticas prescritas" para o uso no decurso de um cuidado em saúde. A partir de um formulário próprio identificado com a provocativa associação com o receituário de uso médico cria-se a inspiração para romper com os silêncios e atingir um nível de discurso explícito. Uma elaboração poética inscrita como forma de produzir saúde, sobretudo, a arte de fazer versos para investigar a si e tudo o redor.

A produção do texto teatral foi uma atividade cultural que ocorreu por meio da prática interdisciplinar, que agregou conhecimentos da arte e da ci-

⁶O *Mostra de Artes Visuais* com as obras da Artista Heloísa Germany.

⁷*Mostra poética* contou com a exposição do livro de poesia do escritor Carlos A. S. Garcia Jr, com o heterônimo Severo Garcia, titulado: "*Marginais*", editora Multifoco, Rio de Janeiro, 2013.

⁸*Produção do Texto Teatral*, Direção e Cenografia: Escritora Nara Maria Holanda de Medeiros

⁹*Produção de vídeo*: José A. da Silva.

ência da saúde, concebida a partir de uma perspectiva ampliada, cujo objetivo esteve no desenvolvimento de competências (culturais, técnicas e humanas) comuns às diferentes profissões.

O texto teatral foi titulado como *TraVEssia* e o primeiro caminho improvável percorrido pela autora esteve em marcar passagem pela própria nomenclatura para destacar a sílaba VE do título *TraVEssia* como sinônimo do verbo ver, perceber, corroborando com a ação educativa do texto em possibilitar a ampliação de olhares, considerando diferentes dimensões. Ele foi dividido em três atos, cujas cenas dizem respeito aos movimentos artísticos: Impressionismo, Expressionismo e Modernismo, em que se possibilita realizar uma leitura a partir das artes visuais, com narrativas a partir de algumas pinturas dos movimentos artísticos mencionados que foram analisados na perspectiva do eixo paradigmático do SUS, segundo conceito ampliado de saúde. As telas utilizadas foram as obras: *Gioventù* (1898) de Eliseu Visconti (1866-1944), datada de 1898, óleo sobre tela, 65 x 49 cm, Museu Nacional de Belas Artes; *O grito* (1893), quadro de Edvard Munch. Dimensões: 91cm X 73 cm. Galeria Nacional, Oslo e a obra *Retirantes* (1944), Cândido Portinari - Óleo s/ Tela. 190 x 180 cm - Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand.

O fio condutor do texto está em apresentar e fazer uma correlação entre os objetivos a serem alcançados pelos pintores dos diferentes movimentos artísticos e os atores sociais da saúde (estudantes e profissionais) face às suas concepções do real, assim problematizou-se que enquanto a concepção do real dos pintores impressionistas estava relacionada com o que era visível e biológico; a dos expressionistas estava implicada em expressar as emoções humanas e interpretar angústias psicológicas, apresentando uma concepção de real como sinônimo do que não é visível. A concepção de real dos artistas modernistas dialogava com a temática da complexidade e da abordagem ampliada, possibilitando leituras multidimensionais: biológica, psicológica, social, histórica, existencial, filosófica, religiosa, ética, considerando que a obra pode criar um universo de significações que jamais se esgota. Fazendo uma analogia com a área da saúde, o texto convida a reflexão e indaga a seguinte questão: “de que real se trata na saúde?”, tendo em vista a forte influência do modelo *flexneriano* na formação dos profissionais da saúde.

O *Convite Vivo para Interpretação e representação teatral* ocorreu por meio do contato com diferentes pessoas, apresentando o conteúdo do texto, as possibilidades de papéis e de identificação com algumas faculdades artísticas pela improvisação contínua cujo objetivo da experiência livre de ensaios esteve na liberdade de conhecer, (re)conhecer-se; identificar-se, num exercício de (re) aproximação do plural.

A peça de teatro *TraVEssia*¹⁰ foi escrita respeitando a estrutura dos textos teatrais, constituída dos diálogos entre os personagens com intuito de encenação, com roteiro, discussão dos detalhes do roteiro com a direção da peça. Contou com uma produção cultural que compreendeu: texto, direção, cenografia, música e voz, arte do design gráfico, ação educativa, cenotecnia, maquiagem, maquiadora, produção executiva (o elenco) de oito pessoas e com uma produção de vídeo. A equipe de interpretação da peça *TraVEssia* contou com 11 pessoas, sendo que algumas pessoas desenvolveram mais de um papel para realização da interpretação. Importante ressaltar que a peça teatral foi baseada nos pressupostos do eixo paradigmático do SUS.

A educação interprofissional tem elementos em comum com a teatralidade “exige intensidade de um querer forte, busca a vitalidade que atravessa corpos e almas, que escoo pelas sarjetas. Aspira a uma experiência inequívoca do corpo e ruptura na sólida espessura do cotidiano e busca a transformação na perspectiva de um pensar-sentir-fazer”. (Pardo; Amaral, 2011, p.208).

“O teatro revitaliza a pessoa que vivencia a experiência teatral - seja como ator, como diretor ou como público, porque sem público não se faz teatro. Existe uma realimentação, uma renovação de esperança, de vida” (Adrião, 2011, p. 93).

O Estímulo e apoio permanente por novas produções artísticas ocorreram de forma presencial e a distância, neste caso como atividade de dispersão e recebiam apoio e colaboração da equipe criadora do projeto para o desenvolvimento das novas atividades artísticas-culturais planejadas, com foco na aprendizagem compartilhada e na execução de trabalhos em conjunto.

A *Produção de vídeo* ocorreu durante a encenação da peça também como uma atividade de improvisação e iniciativa de membro da equipe. O Portfólio Artístico Físico constituiu-se da conjuração de diferentes formas de registro das experiências da construção coletiva do Portfólio Artístico Vivo de ação educativa-significativa.

Ainda foram objetivos das atividades artístico-educativas-culturais: a valorização das expressões culturais; o incentivo a criação de novos projetos culturais; a promoção de ambiente educativo prazeroso propício a aprendizagem significativa-crítica; o fomento as estratégias de integração entre os profissio-

¹⁰O texto teatral da peça *TraVEssia* de Nara Maria Holanda de Medeiros está disponível para utilização enquanto estratégia de ensino em saúde e pode ser solicitado pelo e-mail da autora apresentado nesse capítulo, cujo nível de detalhamento permite que todos os grupos consigam estimular sua interpretação, inclusive com pessoas que nunca realizaram vivência teatral.

nais por intermédio das diferentes narrativas artísticas-culturais, promovendo conhecimento e valores essenciais na perspectiva da aprendizagem compartilhada e criativa para o trabalho em conjunto, assim como o de fazer fluir o processo de integração de diferentes conhecimentos e valores.

○ **Consistência teórico-educativa para implementação da educação interprofissional**

Nas palavras de Sargeant: “uma série de teorias de aprendizagem relacionadas podem contribuir para a compreensão e implementação do EIP” (Sargeant, 2009, p.179).

A implantação da EIP neste projeto ocorreu por meio da Teoria da Aprendizagem Significativa Crítica (ASC) e dos pressupostos inéditos do ensino ativo de (Medeiros, 2015), cuja combinação dos seus pressupostos com a teoria da ASC foi evidenciada (pela mesma) cientificamente como efetiva para implementação do ensino, da aprendizagem e trabalho compartilhado, integrado e colaborativo corroborando com a proposta da EIP.

Sendo assim, a aprendizagem significativa:

caracteriza-se pela interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio. Nesse processo não literal e não arbitrário, o novo conhecimento adquire significados para o aprendiz [...]. Na aprendizagem significativa o aprendiz não é um receptor passivo. Longe disso. Ele deve fazer uso dos significados (**Moreira, 2005, p.13**).

Outro elemento fundamental que relaciona esse projeto a teoria da Aprendizagem significativa está no fato de que o “aprendiz deve apresentar pré-disposição para aprender” (Moreira, 2005, p.17) e um projeto, dessa natureza, mediado pela arte apresentou potencial significativo para estimular a pré-disposição para aprender.

Aprendizagem Significativa Crítica:

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**).

Os pressupostos para o ensino ativo proposto por Medeiros (2015) a partir de evidências científicas quanto a efetividade em combiná-lo com a teoria da ASC são:

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.

A partir da consistência teórico-educativa mencionada que envolvemos profissionais de diferentes categorias e distintas áreas num processo criativo-crítico-reflexivo, de aprendizagem e ensino compartilhado, por meio de diferentes linguagens artístico-culturais e de teorias e pressupostos facilitadores para implementação da EIP, dessa forma pretendemos com esse relato de experiência contribuir com os processos de formação interprofissional e de educação permanente das profissões da saúde, cujo processo teórico-metodológico foi evidenciado quanto a efetividade em estudo qualitativo fenomenológico.

○ Considerações sem fim: achados prováveis

A atuação com crítica e a crítica dentro de uma atuação foram formas elementares para que se avançassem os obstáculos do ensino e do trabalho em saúde. Esse processo envolveu trocas, produção de conhecimento, paciência e capacidade de flexibilização e comunicação educativa. Elementos constitutivos de um processo democrático e participativo, nem sempre fáceis de serem estabelecidos e exercitados. Nesse sentido, tomamos a arte e suas diferentes formas de expressão como possibilidade de conectar sujeitos e suas aprendizagens; sujeitos e seus trabalhos. A premissa é que a interferência artística carrega o potencial de mudar perspectivas e coletivos tornando-se o fio condutor para alimentar a necessária transformação social. Somos sujeitos que produzimos e somos produtores de processos de trabalhos inventivos de tal modo, que nosso meio (ambiência) e nossas relações (êthos) estabelecem muito mais do que um trabalho, estabelecem produções de subjetividade.

No final, voltamos a nos interrogar o que pode a arte no repertório da saúde. Algumas respostas se constituem no próprio movimento que estabelece entre sujeitos e seus coletivos, nos projetos compartilhados, na ação comum, nos desvelamentos de ideias e nos desnudar opiniões. São projetos que inspiram planos de ações. São imaginações que impõem transformações.

Este projeto foi um convite ao pensar e fazer. Um projeto na interface en-

tre arte e saúde. Arte não como ferramenta, ocupação, ilustração, recreação, terapia, mas como expressão, impressão, afecção. Saúde não como utopia, estado de equilíbrio, corpo hígido, mas como demonstração das relações que se estabelecem entre indivíduos e seus universos afeitos. Esse projeto reflete a necessidade de outras intervenções em diferentes âmbitos institucionais para criar conexões nem sempre definidas e delimitadas. O convite está lançado!

Referências

Adrião, J. (2011). Quando a vida é teatralização. In: PARDO, Ana Lúcia. **A teatralidade do humano**. São Paulo: Edições SESC-SP.

Brasil. (2001). Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília-DF, MEC.

Camara, A. M. C. S., Grosseman, S. & Pinho, D. L. M. (2015). Educação Interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface Comunicação Saúde Educação**.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). Consortium pancanadien pour l'intrprofessionnalisme em santé. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver.

Freire, P. (1979). **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Germani; A. C. C. G., Oliver, F. C., Rocha, E. F., Carvalho, I. M., Peduzzi, M. & Sangaleti, C. (2013). **Aprender a trabalhar juntos: Desafios no ensino da prática interprofissional colaborativa**. Convibra.

Haddad, Q.J., Roschke, M.A.C. & Davini, M. C. (1994). Prácticas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud.

Heller-Lopes, A. (2013). ÇA IRA, HÁ ESPERANÇA! **Caderno da Opera baseada no libretto de Étienne e Nadine Roda-Gil da celebração do bicentenário da Revolução Francesa, música de Roger Waters**. Teatro Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. São Paulo: Ministério da Cultura.

Januzelli, A., Lins, D., Saadi, F., Schafer, H., Kühner, M. H., Thais, M. & Murad, S. (2011). Teatralidade para além do humano. In: Pardo, A. L. **A teatralidade do humano**. São Paulo: Edições SESC-SP.

Medeiros, N. M. H. De. (2015). **Educação Permanente em Saúde: Gestão e Ensino na Concepção dos Trabalhadores**. São Paulo: Fap-Unifesp.

Medeiros, N. M. H. De. (2017). **A Educação Interprofissional no âmbito do Pró-Saúde e PET-Saúde: Formação em Saúde para o Trabalho em Equipe**. Tese (Doutoranda em Ciências, a defender) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a micropolítica do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Moreira, M. A. (2005). **Aprendizagem Significativa Crítica/Aprendizaje Significativo Crítico**. Porto Alegre: Marco Antonio Moreira.

Morin, E. (2011). **Introdução ao pensamento complexo**. 4.ed. Porto Alegre. Sulina.

Pardo, E. & Amaral, A. (2011). Teatralidade e espaço urbano: incursões a respeito do humano e suas estéticas infames. In: Pardo, A. L. **A teatralidade do humano**. São Paulo: Edições SESC-SP.

Peduzzi, M., Normam, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M. da & Souza, G. C. de. (2013). 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.

Rocha, V. X. (2014). **Diálogo entre políticas públicas**. Conferência Mundial de Saúde Rural.

Sargeant, J. (2009). Theories to aid understanding and implementation of inter-professional education. **J Cont Edu Health Prof**. v.29 (3).

Construção coletiva do cuidado em saúde: o projeto terapêutico singular como prática interprofissional no hospital

09

Joyce Hilario Maranhão
Jessica Lourenço Carneiro
Lídia Helena Bezerra Azevedo
Clara Wirginia de Moura Queiroz

Introdução

O princípio de integralidade e a temática da humanização do cuidado têm sido pautas constantes nas discussões sobre as práticas cotidianas de trabalho em saúde em todos os pontos de assistência do Sistema Único de Saúde, SUS. Nos anos 2000, diversos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde estimulam novos arranjos organizacionais e instrumentos de gestão, considerando a capacidade de corresponsabilização entre os gestores, profissionais e usuários (Brasil, 2001, 2006, 2007, 2009a, 2010).

As experiências de interprofissionalidade e intersetorialidade são bem-vindas na organização e oferta dos serviços de assistência à saúde, de forma a construir práticas que articulem a promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde (Brasil, 2006). As ações transversais em saúde visam superar a segmentação e dificuldade na continuidade do cuidado dos usuários, na medida em que integra os setores do mesmo serviço e instituições relacionadas a outras políticas públicas que contribuem para o bem-estar e desenvolvimento saudável dos sujeitos (Brasil, 2008, 2009a).

O investimento em ações interprofissionais e intersetoriais tem o objetivo de melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde; valorizar o usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia; e contribuir para que o usuário seja protagonista no seu processo terapêutico (Brasil, 2009).

A linha de cuidado à saúde da criança deve ter uma conformação de uma rede única integrada que produza estratégias e ações sanitárias com o objetivo de reduzir a morbimortalidade a níveis aceitáveis, promover e reabilitar a saúde e prevenir agravos. A organização de uma rede integrada de assistência deve

se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e na política pública de saúde, tais como: o direito de acesso aos serviços de saúde, de forma equânime, integral e resolutiva.

Os profissionais de saúde que atendem à infância e juventude devem estar atentos para questões relacionadas à determinação social, pois os efeitos da organização familiar, situação de violência e pobreza, acesso à informação, acesso a serviços e bens públicos, dentre outros fatores socioculturais e econômicos a que estamos submetidos na contemporaneidade podem disparar e/ou contribuir para os agravos a saúde.

Ressaltamos que o hospital é um serviço especializado que participa da rede de atenção à saúde da criança que, por vezes, acolhe uma demanda que não condiz com seu perfil epidemiológico e sanitário, principalmente aqueles que possuem serviço de urgência e emergência como porta de entrada, ou acolhe casos de agravos a saúde que poderiam ter tido outro tipo de cuidado na rede de atenção básica ou ambulatorial.

No Ceará, de acordo com dados do DATASUS, no ano de 2014 existiam 847 leitos de pediatria clínica e cirúrgica concentrados na cidade de Fortaleza, capital do Estado (Brasil, 2014). Outros 33 hospitais polos também atendem as crianças com doenças de alto e médio risco no interior, totalizando 1.841 leitos pediátricos nesses hospitais. Esses hospitais, devido a iniquidades regionais, não conseguem suprir as necessidades de saúde da população local, causando o deslocamento dos usuários até as unidades hospitalares de Fortaleza, principalmente para acessar as especialidades médicas de maior complexidade e tratamentos que envolvem recursos tecnológicos duros, tais como: oncologia e neurologia.

O Hospital Infantil Albert Sabin-HIAS é um hospital infantil terciário de referência no Ceará que acolhe a demanda sanitária relacionadas a doenças graves, raras e de alta complexidade de todos os municípios do estado e de estados vizinhos da região Nordeste e, em casos excepcionais, da região Norte do país. O HIAS foi fundado no ano de 1952 com a intenção de acolher a população vinda do interior, já que naquela época não havia uma rede assistencial de saúde descentralizada, e contribuir para a formação médica no campo da saúde pública infanto-juvenil no Ceará. Nos anos 70 implantou-se residência médica em Pediatria e outras especialidades médicas e atualmente configura-se como um hospital-escola para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde (Borges, 2014).

Em 2014 o HIAS aderiu ao programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará-RIS-ESP-CE, iniciando a primeira turma da ênfase Pediatria, contemplando 8 categorias profissionais da saúde, a saber: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social (Ceará, 2013).

Apresentamos um relato de experiência sobre a construção de uma ficha orientadora para a realização de projetos terapêuticos singulares (PTS) desenvolvida pelos residentes da primeira turma de residência multiprofissional e alguns dados advindos da elaboração e construção conjunta dos PTS em casos específicos de vulnerabilidade social. O intuito do nosso relato é expor as potencialidades e fragilidades dessa prática interprofissional e intersetorial no âmbito hospitalar. Ressaltamos que essa vivência ocorreu entre março de 2014 a março de 2016, período em que primeira turma esteve no hospital.

● O projeto terapêutico singular no hospital: construindo coletivamente o cuidado em saúde.

A residência multiprofissional em pediatria do HIAS tem como cenários de práticas no primeiro ano da residência: urgência/emergência, ambulatórios de especialidades médicas e unidades de internação de pediatria geral e no segundo ano da residência: programa de atendimento domiciliar, programa de atendimento ventilatório domiciliar, unidades de nefrologia, gastroenterologia, pneumonia, cardiologia, neurologia, neonatologia e hematologia/oncologia, unidades cirúrgicas e unidades de terapia intensiva (Ceará, 2013).

Um das primeiras atividades de inserção dos residentes no hospital foi o processo de territorialização, que possibilitou o contato inicial com as diferentes linhas de cuidado e especialidades médicas e setores burocráticos do hospital. A vivência da territorialização consistiu em visitas realizadas aos diferentes espaços para observação do cotidiano de trabalho, fluxo de atendimento, aproximação dos profissionais e dos usuários.

A experiência da territorialização nos diferentes espaços do hospital possibilitou perceber características epidemiológicas e sociais das crianças e adolescentes e suas famílias, as diversas comorbidades que a infância e adolescência, como também a avaliação dos impactos das ações de saúde desenvolvidas neste serviço e sua articulação com a rede de saúde e de políticas públicas.

Após o início das atividades nos cenários de prática do primeiro ano de residência, as residentes que estavam no cenário da pediatria geral perceberam, a partir das ações de mapeamento, visitas multiprofissionais aos leitos e atendimento de demandas de forma interprofissional e uniprofissional, a necessidade de acompanhar alguns pacientes cuja demanda envolvia uma complexidade de cuidado que extrapolava o campo da saúde.

A ideia de construir um instrumental para organizar o trabalho interdisciplinar na pediatria geral e para realizar um acompanhamento integral e resolutivo de ca-

sores mais complexos e vulneráveis é que impulsionou o desejo em estudar sobre o projeto terapêutico singular e construir essa prática no hospital. Alguns residentes já haviam tido a experiência com o PTS na atenção básica, o que fortaleceu a decisão de buscar um modo de operacionalizar tal prática no hospital.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dispositivo capaz de concretizar as práticas de saúde de acordo com os princípios universais do SUS e a política nacional de humanização em saúde, buscando o cuidado integral, o acolhimento humanizado e vinculação com o usuário ao considerar a determinação social da saúde e a importância do saber científico e popular no cuidado à saúde, ao mesmo tempo em que se dispõe a ser resolutivo e efetivo (Brasil, 2007, 2009). A construção do PTS promove uma democratização das relações interpessoais intra e extra serviço, na medida em que as práticas de humanização em saúde têm a capacidade para transformar as estruturas de trabalho e as relações pessoais entre os profissionais e entre a equipe e o usuário/comunidade.

Consideramos o PTS um dispositivo capaz de concretizar as práticas de saúde de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, considerando a determinação social da vida, a participação ativa dos usuários e a ciência e o saber popular na produção do processo de saúde e adoecimento.

Deste modo, as profissionais residentes elaboraram uma ficha para orientar a construção dos projetos terapêuticos singulares dos pacientes internados nesse serviço. Iniciaram-se as reuniões dos residentes e preceptores de campo para a leitura conjunta da literatura científica acerca do Projeto Terapêutico Singular, o intuito era conhecer experiências de utilização do PTS em hospitais e fundamentar a construção da ficha orientadora dos projetos terapêuticos singulares.

Em um primeiro momento, a equipe de residentes multiprofissionais da pediatria geral reuniu-se para realizar a leitura conjunta da literatura científica sobre o PTS e, concomitantemente, foi-se discutindo sobre a construção de uma ficha para orientar a discussão sobre os projetos terapêuticos singulares. A leitura coletiva possibilitou a sensibilização e reflexão das residentes para o trabalho interprofissional e intersetorial, ampliação dos olhares sobre a interação da equipe com os profissionais da pediatria geral. Ressaltamos que no hospital já eram realizados estudos de casos e articulação de outros serviços de saúde na formação de estudantes e residentes de medicina e estudantes de outros cursos de saúde, mas de forma fragmentada e sem necessariamente dialogar com outras políticas públicas.

A partir do empoderamento da equipe sobre os princípios que orientam a utilização do PTS, a saber: acolhimento e resolução das demandas do indivíduo ou de um coletivo de forma interdisciplinar, corresponsabilidade do paciente sobre seu processo de adoecimento e cuidado de si e respeito ao conhecimento, autonomia afetiva, material e social do paciente que a equipe deu início à construção

da ficha orientadora dos planos terapêuticos singulares na pediatria geral.

Algumas das questões que orientaram a reflexão sobre a construção do PTS foram: “O que se tem feito com relação ao caso?; Que estratégia, aposta ou ênfase têm sido utilizadas para o enfrentamento do problema?; Como este(s) usuário(s) tem respondido a essas ações da equipe?; Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)?; O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)?; Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?”⁹.

Sabemos da flexibilidade desse dispositivo e da necessidade de construção de protocolos que respeitem a realidade do serviço e do público atendido, utilizamos tais questionamentos para direcionar as ações evitando que a equipe se perdesse durante o processo de discussão da situação problema da criança e sua família. Como resultado, criamos uma ficha para registrar a elaboração do PTS que pode ser observada abaixo.

Figura 1: Ficha elaborada pela equipe de residentes para Registro do Projeto Terapêutico Singular

| REGISTRO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR | |
|---|--|
| Nome do paciente: | |
| Data de nascimento: | Escolaridade: |
| Acompanhante: | |
| Endereço: | |
| Andar da internação: | Data da internação: |
| Data da visita ao leito: | Data do PTS: |
| Residentes: | |
| Composição familiar? Com quem reside? Como é a dinâmica familiar? Quem o provedor e quem é o chefe de família? | |
| Que equipamentos públicos já utilizou/utiliza? | |
| O que se tem feito com relação ao usuário? O que nos mobilizava e como a equipe lida com essa mobilização? | |
| Estratégia/aposta/ênfase utilizada para o enfrentamento do problema? | |
| Como este(s) usuário(s) tem respondido a essas ações da equipe? Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)? | |
| Há a necessidade de reavaliação da intervenção proposta? Por quê? | |
| O PTS foi eficaz e resolutivo para o usuário? Quais os encaminhamentos após a alta hospitalar? | |
| Residentes (carimbo com conselho e assinatura): | Supervisores técnicos (carimbo com conselho e assinatura): |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Algumas dificuldades foram encontradas durante o processo de formulação da ficha para a organização do PTS e desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares, uma delas foi o pouco material bibliográfico acerca da utilização desse dispositivo no contexto hospitalar, visto que a maioria das experiências se referia à atenção primária à saúde e a atenção psicossocial.

Em paralelo à leitura bibliográfica e à construção da ficha foram discutidos em grupo alguns casos clínicos que tencionaram o fazer uniprofissional e multiprofissional, devido à situação diagnóstica que envolvia questões biopsicossociais complexas e/ou de vulnerabilidade. Tais pacientes foram identificados por meio da busca ativa durante as visitas multiprofissionais ao leito e/ou por indicação dos demais profissionais do campo de atuação.

A elaboração do PTS considera quatro momentos importantes para sua construção e implementação na resolução de alguma situação de vulnerabilidade individual ou coletiva, a saber: avaliação orgânica, psicológica e social para identificar os riscos e vulnerabilidades; definição de metas de curto, médio e longo prazo junto com o usuário e de forma corresponsável; divisão de responsabilidades para definição das ações que cada ator envolvido no PTS irá realizar; e reavaliação da situação do indivíduo ou coletivo para analisar a evolução das demandas levantadas na elaboração inicial do PTS ou a necessidade de planejamento de novas estratégias (Brasil, 2008) Após a escolha do caso e discussão em equipe a partir da ficha apresentada acima, eram planejadas ações considerando a individualidade, valores, crenças e modo de viver da criança e sua família, onde cada profissional residente atuava contribuindo para construção do projeto. Logo em seguida, o paciente e seu acompanhante eram consultados para poderem dar suas opiniões acerca do que a equipe havia planejado e convidados a sugerir outras intervenções ou a recusa de alguma das ações propostas. No PTS valoriza-se a condição de sujeito ativo, crítico e capaz de se expressar e tomar decisões sobre sua vida, sendo o vínculo um facilitador na construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautoras (Campos, 1997; Santos 2008). No contexto de experiência da primeira equipe na unidade de pediatria geral não foi possível a construção conjunta do PTS com o paciente e seu familiar, devido limitações da rotina da pediatria geral, sendo uma dificuldade encontrada no que tange a participação ativa do usuário, porém, apontamos que as propostas pensadas pela equipe de profissionais foram acolhidas pelos pacientes e cuidadores e sua autonomia, opiniões e desejo tenham sido incentivados e respeitados no momento de pactuação das ações.

Na construção do PTS o profissional residente que possuía maior vínculo com o paciente, se corresponsabilizava por promover a comunicação entre

equipe e usuário, gerenciando e articulando a execução das atividades previstas e incentivando a participação do usuário e sua família (Campos, 1997; Dorigatti et al., 2014). Observamos o quanto foi importante a inserção dos usuários no planejamento e execução do tratamento, a corresponsabilização neste processo e as suas contribuições a partir de seus saberes e vivências comunitárias para o seu processo de saúde-doença, apesar de essa participação não ocorrer desde o início da elaboração do PTS.

Em alguns momentos foi possível que a equipe de residentes multiprofissional envolvesse profissionais do serviço proporcionando outros olhares sobre o caso e a integralidade dos saberes, proporcionando uma nova reconfiguração das relações profissionais no serviço. Ressaltamos a importância de atuação da equipe multiprofissional na operacionalização apontando como vantagens: maior número de indivíduos atendidos; melhor adesão ao tratamento; replicação de conhecimentos e atitudes pelo usuário; favorecimento de ações de pesquisa em serviço (Pinto, 2011).

As discussões dos casos incentivaram a busca pelo modo como funciona a rede de atenção a saúde, considerando o acompanhamento longitudinal pelos serviços de assistência a saúde e não somente de forma pontual no âmbito hospitalar. Ainda, percebemos a ampliação de nossos olhares sobre os aspectos determinantes para o processo saúde-doença, indo para além da condição biológica e observando as dimensões sociais, psicológicas, espirituais, bem como as teias de relacionamento familiar e comunitário. Além disso, percebemos que o cuidado integral depende da disponibilidade da equipe para promover o trabalho de forma interdisciplinar sem, no entanto, restringir o trabalho uniprofissional quando necessário.

Concordamos com Souza e Cabral (2008) que um dos benefícios da utilização do PTS está relacionado com a sensibilização do profissional que ao utilizar a ferramenta tem a oportunidade de observar e repensar a sua atuação profissional pontuando os resultados positivos e negativos para assim melhorar a forma de fazer saúde focando no melhor para o usuário, essa atuação difere do atual modelo de saúde aplicado nos serviços, onde ainda há o predomínio de domínios técnicos de conhecimento na produção de atos de saúde.

Questões burocráticas e estruturais do serviço fragilizaram o trabalho da equipe devido nem sempre ter disponível um espaço físico apropriado para realizar as reuniões e discussões dos casos; dificuldade em reunir todos os membros da equipe tendo em vista as demais atividades da assistência; tempo de inserção na linha de cuidado, pois por se tratar de uma residência o período para atuar era restrito a um calendário de rodízios; aproximação e adaptação das residentes ao campo de trabalho, bem como acolhimento

pelos demais profissionais, uma vez que era a primeira residência interdisciplinar em saúde do hospital; tempo de permanência do paciente na pediatria geral, que exigia uma agilidade e eficácia na articulação entre a equipe de residentes, os profissionais e a rede de assistência à saúde e demais políticas públicas, principalmente de assistência social; inexperiência com o uso de PTS prejudicando o cumprimento do seguimento de alguns projetos terapêuticos; dificuldade para inserir a equipe médica na discussão e construção do PTS, devido à dinâmica de trabalho; dificuldade em estabelecer referência com outros serviços públicos do estado pelas diversas fragilidades existentes na disponibilidade de instituições que executem as políticas públicas que garantam a cidadania e dignidade dos sujeitos.

Algumas dificuldades vivenciadas pelos residentes se aproximaram da experiência de execução de PTS relatada por Barros (2010), como por exemplo: dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe e a dinâmica proposta para as reuniões; forma de organização informações das equipes de referência, que prejudicam a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações em um PTS.

Apontamos como contribuição da atividade realizada pela equipe de residentes a divulgação das ideias do PTS entre os residentes de Pediatria e de outras especialidades da medicina e profissionais do serviço e a ampliação da aplicação da ficha elaborada para as demais linhas de cuidado em que a residência multidisciplinar esteve inserida, considerando a dimensão singular de cada ponto de assistência ao cuidado do hospital.

A ampliação da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares para os demais cenários de atividades práticas dos residentes se deu pelo desejo da equipe em continuar executando essa prática interprofissional e dos demais residentes multiprofissionais em implementar o PTS como ação da residência multiprofissional em pediatria. Ressaltamos que, posteriormente, um módulo de formação do componente hospitalar da RIS-ESPE-CE foi dedicado ao aprendizado do PTS e sua execução no hospital, embora tenha se percebido a mesma dificuldade de literatura científica para fundamentar tal prática e de profissionais de saúde do âmbito hospitalar que executassem o PTS em seu cotidiano de trabalho.

Durante o período de dois anos de atuação da residência, março de 2014 a março de 2016, foram construídos 12 PTS, dos quais a maioria das famílias dos pacientes apresentou fragilidades nos vínculos familiares e/ou vulnerabilidade econômica, necessitando de uma articulação com a política de Assistência Social, seja para dar continuidade ao acompanhamento social após a alta hospita-

lar, no caso de famílias que já estavam vinculadas a algum serviço ou para a solicitação de benefícios sociais. As redes de atenção à saúde da atenção básica e da atenção psicossocial foram articuladas e, em um caso específico, um serviço de psiquiatria particular, pois o paciente e seus pais apresentaram demandas psíquicas que necessitavam de cuidados medicamentosos e psicoterapêuticos. No que se refere às intervenções da equipe durante a hospitalização, as equipes de residentes atuaram de forma interdisciplinar e “uniprofissional” de acordo com a necessidade de cada caso; sendo que o diálogo com as diversas categorias profissionais se deu de forma satisfatória.

O setor em que mais foram construídos e executados os PTS foi a Pediatria Geral. Essa unidade se caracteriza por ser o setor de internação para observação e avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes após eles terem sido encaminhados pela urgência/emergência do hospital e tratamento de agravo à saúde menos complexo são tratados no setor. Há casos de pacientes que estavam internados na unidade de terapia intensiva ou bloco cirúrgico e que precisam continuar o acompanhamento médico na pediatria geral e de pacientes transferidos de unidades hospitalares pediátricas estaduais e privadas. Consideramos que a predominância de PTS nesse setor se deve ao tempo de internação e a uma rotina estável que permitem o acompanhamento longitudinal dentro do hospital e um tempo maior para a articulação da rede de políticas públicas de proteção a crianças e ao adolescente.

Após o término do período da primeira turma no hospital, o PTS continuou a ser elaborado pelos residentes da segunda e terceira turma multiprofissional de pediatria, com algumas alterações da ficha apresentada nesse trabalho. No entanto, a ficha orientadora do PTS ainda não é um protocolo padrão do hospital e a elaboração do PTS não é uma prática da rotina dos profissionais de saúde da instituição.

○ Conclusão

Observamos que a elaboração da ficha orientadora dos projetos terapêuticos singulares possibilitou o acompanhamento integral de alguns casos mais complexos e vulneráveis de crianças e adolescentes, contribuindo para a resolutividade e efetividade do cuidado à saúde infanto-juvenil.

Percebemos durante a discussão sobre a elaboração desse instrumento e utilização desse dispositivo nas práticas de trabalho das residentes que o PTS está para além de um estudo de caso, uma vez que nos possibilita fazer uma discussão mais ampla sobre o papel do hospital dentro da rede de saúde pública, sobre o nosso fazer enquanto profissionais integrantes das equipes já

existentes, sobre as possibilidades e limites de articulação com os outros serviços da rede de atenção à saúde, bem como o reconhecimento de que o sujeito é mais complexo do que a enfermidade que o traz para o hospital.

Ainda, observamos que essa ficha pode e deve ser utilizada por todas as linhas de cuidado do hospital, favorecendo a integralidade e a intersetorialidade nos seus diversos serviços, proporcionando também a continuidade do cuidado extra-hospitalar, ao mesmo tempo em que se resguardaram as peculiaridades e reflexões acerca de cada linha de cuidado da instituição.

Concluimos que o PTS colabora para a participação do hospital na rede de saúde pública, articulando e integrando diversas políticas públicas que promovem o bem-estar e desenvolvimento saudável, assim como garante os direitos das crianças e adolescentes. Sugerimos que ações de sensibilização dos profissionais das instituições hospitalares para o uso do PTS devem ser realizadas, a fim de fomentar o fortalecimento das articulações entre os serviços da rede de cuidado a saúde da criança e adolescente.

Referências

Barros, J. O. (2010). **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado** [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 111p.

Borges, J. C. S. (2014). Hospital Infantil Albert Sabin: **Cuidando de Vidas**. 2ª ed. Fortaleza: Apex.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). DATASUS. CNES - **Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos De Internação**. Brasil. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 60p.

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 60 p.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 70p.

Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 64 p.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. S. (1997). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; p. 29-87.

Ceará. (2013). Escola De Saúde Pública Do Ceará (ESP). Diretrizes para a elaboração do projeto referente ao programa de residência multiprofissional da saúde para o sus conforme edital nº 28, de 27/06/2013. **Diário Oficial da União**. Programa de residência multiprofissional em pediatria.

Dorigatti, A. E. et al. (2014). Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 113-119, Mar.

Oliveira, G.N. (2010). O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos, G. W. S; Guerrero, A. V. P (Orgs.) **Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec.

Pereira, M. P. B & Barcellos, C. (2006). O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun.

Pinto, D. M. et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, Sept.

Santos, A.M. dos et al. (2008). Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal

no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, junho.

Souza, C. S. & Cabral, B. (2008). **A construção de Projetos Terapêuticos Singulares no contexto da Estratégia Saúde da Família: uma experiência no município de Juazeiro - BA** [Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família]. Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF.

Conexões de saberes: em pauta a saúde

10

Lucas Rodrigo Batista Leite

Buscamos neste trabalho discorrer sobre a atuação do Programa de Educação Tutorial (PET) Conexões de Saberes, da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Cuiabá, em projetos cuja pauta sejam a saúde. Conforme Sewo et al. (2015) o Conexões de Saberes é um programa do Ministério da Educação desenvolvido em estabelecimentos federais de ensino superior, que consiste no desenvolvimento de ações para a promoção da transformação da realidade, fortalecendo o vínculo entre as universidades e as comunidades populares e melhorando as condições de permanência qualificada de estudantes de origem popular durante a graduação, além do estímulo a pós-graduação. A partir de 2010, o Conexões transformou-se em Programa de Educação Tutorial - PET (Brasil, 2015).

A educação tutorial tem entre seus objetivos, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010):

- I - Desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
- II - contribuir para a elevação da qualidade da formação acadêmica dos alunos de graduação;
- III - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica;
- IV - formular novas estratégias de desenvolvimento e modernização do ensino superior no país; e
- V - estimular o espírito crítico, bem como a atuação profissional pautada pela cidadania e pela função social da educação superior (grifos nosso).

O Programa adota como estratégia a agregação de estudantes de origem popular de diferentes áreas de conhecimento, a fim de compor o grupo e atuarem como protagonistas em atividades com as quais se identifiquem (Sewo et al., 2015).

Na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o PET Conexões possui 5 grupos, distribuídos em 02 campus universitários: Cuiabá e Rondonópolis. Em Cuiabá estão os grupos "Universidade, Saúde e Cidadania", "Inclusão, Diversidade e Protagonismo", "Diferentes Saberes e Fazeres" e "PET Indígena". Rondonópolis abriga o grupo "Diálogo com a comunidade".

Os grupos “Universidade, Saúde e Cidadania” e “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, desde seu início na UFMT, em 2010, sempre trabalharam conjuntamente, desenvolvendo seus projetos de forma colaborativa. É a partir dessa articulação entre os dois grupos que se desenvolve este trabalho, enfatizando a atuação destes na saúde. Atualmente encontra-se em desenvolvimento no âmbito dos grupos, projetos sobre Terapia Comunitária Integrativa, Vivências no Sistema Único de Saúde, Diversidade, Relações Raciais e Trabalho, Brinquedo terapêutico em pediatria, entre outros.

○ Funcionamento dos Grupos

Participam dos grupos “Universidade, Saúde e Cidadania” e “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, no geral, 27 estudantes (bolsistas e voluntários), de 11 cursos distintos, das áreas de ciências da saúde, ciências humanas e sociais, ciências agrárias e Linguagem, como mostra o quadro 01. Cada grupo pode contemplar até 18 estudantes: 12 como bolsistas e 6 como voluntários.

Quadro 01 - Cursos participantes do PET Conexões de Saberes - “Universidade, Saúde e Cidadania” e “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, 2017.

| Grupo/Curso | Número de Participantes |
|---|-----------------------------|
| Universidade, Saúde e Cidadania | |
| Enfermagem | 03 |
| Saúde Coletiva | 04 |
| Medicina | 01 |
| Serviço Social | 01 |
| Física | 01 |
| Agronomia | 01 |
| Psicologia | 04 |
| Nutrição | 01 |
| Inclusão, Diversidade e Protagonismo | |
| Psicologia | 02 |
| Educação Física | 02 |
| Serviço Social | 04 |
| Agronomia | 01 |
| História | 01 |
| Letras-Libras | 01 |
| Total: 11 cursos | Total: 27 estudantes |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Cada estudante (ou grupo de estudantes) desenvolve (um) projeto de seu interesse. Cada projeto é autônomo em seu desenvolvimento e recebem acompanhamento/orientação dos tutores dos grupos. Devem, mensalmente, prestar contas de suas ações, a todos os membros dos dois grupos, em uma atividade denominada “extensão em foco”, que acontece normalmente em um final de semana, a fim de agregar todos os participantes do Conexões de Saberes. Na área da saúde (pública) são realizados os seguintes projetos (quadro 2):

Quadro 2 - Projetos desenvolvidos pelo PET Conexões de Saberes/UFMT Cuiabá, na área da saúde, 2017.

| Projeto | Descrição | Cursos Participantes |
|---------------------------------|--|--|
| Terapia Comunitária Integrativa | Realiza rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Horto Florestal e na UFMT. A TCI é um espaço de promoção de saúde mental através do fortalecimento do vínculo comunitário. | Psicologia Saúde Coletiva Música |
| Cuidar Brincando | Realiza oficinas e atividades lúdicas na brinquedoteca da Pediatria do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá | Enfermagem Nutrição Serviço Social Saúde Coletiva Psicologia |
| VER-SUS | Realiza oficinas, vivências e seminários sobre o/no Sistema Único de Saúde. Baseia-se no Projeto VER-SUS/Brasil. | Saúde Coletiva Psicologia Medicina |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Os projetos têm liberdade para fundamentar teoricamente suas atuações, todavia, devem contemplar as três linhas teóricas básicas que sustentam os grupos “Universidade, Saúde e Cidadania” e “Inclusão, Diversidade e Protagonismo”, que são: a Educação Libertadora de Paulo Freire, o Marxismo Histórico Dialético de Karl Marx e as Políticas de Ações Afirmativas e Relações Raciais. Sendo que esta última é uma das marcas do Conexões na UFMT, já que o programa participou ativamente na luta pela aprovação das cotas raciais na universidade, em 2011, e do Programa de Inclusão Quilombola, em 2016.

● Em pauta, a saúde

Ambos os grupos PET Conexões de Saberes - “Inclusão, Diversidade e Protagonismo” e “Universidade, Saúde e Cidadania” - são vinculados à área da saúde

de: o primeiro ao Departamento de Psicologia/UFMT e o segundo à Faculdade de Enfermagem/UFMT, tendo o último uma atuação exclusivamente em ações ligadas à saúde, pautadas na defesa da saúde pública e na promoção do direito ao acesso aos serviços de saúde. Ao último grupo, oficialmente, estão ligados, os projetos Cuidar Brincando, Terapia Comunitária Integrativa e VER-SUS.

○ Cuidar Brincando

O Cuidar Brincando (CB) é o projeto mais antigo na linha de saúde desenvolvido pelos grupos. Ele é uma junção de vários projetos da área de enfermagem pediátrica, da Faculdade de Enfermagem, em funcionamento desde os anos 2000, que focavam, sobretudo, na inclusão digital de crianças e adolescentes hospitalizados, na defesa de seus direitos, na oferta de suporte terapêutico aos familiares e na realização de atividades lúdicas na brinquedoteca da pediatria. Dessa aglutinação, transformou-se, em 2004, em programa de extensão, permanecendo o mesmo nome. A partir de 2010, com o ingresso da coordenadora do programa, na tutoria do Conexões de Saberes, o CB passou a ser desenvolvido no âmbito do PET.

O CB objetiva a promoção dos direitos de crianças e adolescentes hospitalizados e suas famílias, bem como ampliar as atividades lúdicas e lúdico-terapêuticas para as crianças, adolescentes, familiares e trabalhadores em Pediatria. Fundamenta-se em teorias, práticas, tecnologias, legislações e metodologias que auxiliam a construção da autonomia e cidadania dos usuários de saúde, em especial das crianças, adolescentes e de seus familiares. Além dos fundamentos teóricos básicos dos grupos, fundamentam o Cuidar Brincando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados - Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), nº41 de 17/10/1995; o Sistema Único de Saúde - Programa de Humanização em Saúde (Cuidar Brincando, 2017).

A necessidade de divulgar intensivamente o ECA e a Resolução CONANDA nº41 de 17/10/1995, fez com que o CB se desmembra de si essa temática, criando em 2007, o Projeto Comitê de Defesa da Criança Hospitalizada, cujo objetivo era divulgar e defender junto às famílias, o direito de crianças e adolescentes hospitalizados. O CB e o Comitê funcionaram colaborativamente até 2015, quando, por falta de estudantes, os projetos fundiram-se novamente.

Desde seu início, nos anos 2000, até 2015, o CB era desenvolvido na pediatria do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM). A partir de 2016 o projeto deslocou-se para a pediatria do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC). Isso ocorreu, pois, em pesquisa realizada, em 2011, pelo então Co-

mitê de Defesa da Criança Hospitalizada, constatou-se as precárias condições da pediatria, bem como o descumprimento aos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. Os dados foram divulgados aos conselhos de saúde e a Vara da Infância (Ribeiro e Bellato, 2011, apud Sewo et al., 2015), que através de trabalho articulado, conseguiram providenciar a reforma da ala pediátrica do Hospital; logo, permanecer no espaço, é uma forma do CB garantir a continuidade do cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados.

Por sua gênese na Faculdade de Enfermagem, a maioria das estudantes participantes do CB vêm desta unidade; nos últimos tempos, no entanto, outros cursos como Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Saúde Coletiva, tem aderido as atividades do programa. Estas¹¹ realizam atividades periódicas na brinquedoteca da Pediatria do HPSMC, aos sábados e domingos, se dividindo em pequenos grupos e revezando escala, a fim de preencher todos os finais de semana. Na pediatria, desenvolvem oficinas e brincadeiras com as crianças e adolescentes internadas/os e seus familiares e/ou responsáveis.

O CB também desenvolve, regularmente, atividades de pesquisa junto ao Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC), credenciado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e na UFMT.

● Terapia Comunitária Integrativa

O Projeto Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma ação de extensão realizada desde 2009, pela Faculdade de Enfermagem/UFMT e pelo GPESC - UFMT/CNPQ. Inicialmente funcionava junto ao Cuidar Brincando, como espaço de acolhimento aos familiares e responsáveis das crianças e adolescentes hospitalizados e como objeto de pesquisa do GPESC (Lattes, 2017). Em 2014, o projeto foi redesenhado, a partir do reforço de 27 novos terapeutas comunitários, formados em parceria com o Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Universidade Federal da Paraíba -MISC/UFPB (PET Conexões De Saberes, UFMT, 2017).

A TCI é um procedimento terapêutico de caráter preventivo em saúde mental, que permite a construção de redes solidárias, que foi desenvolvida pelo médico psiquiatra e professor universitário, Adalberto de Paula Barreto. Ela surgiu da necessidade de atender grandes grupos de pessoas com necessidades físicas e sobretudo, psíquicas. A TCI é um espaço onde as pessoas reúnem-se para ouvir, falar, acolher e compartilhar questões que geram problemas pessoais e sofrimento cotidiano (PET Conexões De Saberes, UFMT, 2017).

¹¹Atualmente participam do projeto apenas mulheres.

A ação de extensão consiste na realização de rodas de TCI, por estudantes devidamente formados como Terapeutas Comunitários¹². Após a formação inicial, estes são acompanhados, periodicamente, em ação denominada “Intervisão”¹³. A formação só é concluída após a realização de 30 rodas, no período de integralização máximo de 2 anos. Após o reforço com os novos terapeutas, o projeto começou a ser desenvolvido nas dependências da UFMT, afim de oferecer espaço de acolhimento aos estudantes, principalmente os vindos de outras cidades e estados; todavia, pela baixa adesão, foi transferido para outros espaços, fora da universidade (centros comunitários, centros de convivência de idosos, escolas, centros espíritas, e etc.), até se fixar no Horto Florestal de Cuiabá - Parque Tote Garcia, no mesmo ano, onde atualmente, funciona a Unidade de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (URPICS), da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. As rodas acontecem regularmente, todas às sextas-feiras pela manhã.

É importante ressaltar que uma estudante egressa do PET Conexões de Saberes e da Terapia Comunitária Integrativa, desde 2017, atua como Terapeuta na URPICS, desenvolvendo rodas de TCI e Reiki. Ainda neste ano, o Conexões de Saberes também passou a colaborar no Projeto Aconchega, desenvolvido pela Pró-reitoria de Assistência Estudantil da UFMT (PRAE UFMT), que tem como objetivo promover a saúde mental dos universitários, através da Terapia Comunitária Integrativa. É uma nova tentativa de fixar a TCI nos espaços da universidade. Participam do projeto 02 estudantes do PET, na condição de Terapeutas Comunitários. O Aconchega é realizado uma vez por semana, às terças-feiras, no final da tarde.

○ VER-SUS

O projeto VER-SUS, desenvolvido pelo Conexões, se baseia no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS/Brasil, do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Associação Brasileira Rede Unida, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e União Nacional dos Estudantes (UNE), que visa a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos com seus princípios e diretrizes, e que se entendam enquanto atores sociais e políticos, transformadores da realidade (OTICS, 2014).

¹²Realizada pelo Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba/UFPB em parceria com a Faculdade de Enfermagem e GPESC/UFMT.

¹³A “Intervisão” é o momento onde os Terapeutas Comunitários já formados e atuantes, observarão os Terapeutas em formação na realização da TCI, identificando pontos fracos e fortes e indicando estratégias e materiais.

Em 2012, começou a ser desenvolvido no PET, o Projeto “Controle Social em Saúde no Município de Cuiabá”, em virtude da entrada das Organizações Sociais (OS’s) na administração da saúde pública do Estado. Naquele momento, ficou evidente a fragilidade da participação e controle social na saúde e a necessidade de se discutir essa temática com a população; foi essa preocupação que motivou a criação do projeto. Durante sua execução, foram realizadas variadas atividades, entre elas o mapeamento dos conselhos gestores locais de saúde de Cuiabá - que se transformou em Trabalho de Conclusão de Curso (Nascimento, 2016) - oficinas, participação em reuniões do conselho municipal de Saúde, participação em conferências municipais, estadual e nacional de saúde, e etc.

No ano de 2015, os estudantes que compunham o Controle Social, juntamente com o Coletivo VER-SUS Mato Grosso - que construía o VER-SUS/Brasil no estado desde 2013 - organizaram o 1º Seminário VER-SUS Mato Grosso (financiado pelo MS, OPAS e Rede Unida), que abordou a relação saúde-diversidade. A partir dessa experiência, em 2016, o Conexões planejou e organizou duas Vivências VER-SUS, também financiadas: uma em Cuiabá e Várzea Grande - em janeiro, enfatizando a Rede de Atenção Psicossocial - e outra em Barra do Garças - em outubro, focando na Saúde Indígena.

De 2015 até 2016, tanto o Controle Social quanto o VER-SUS vinham sendo desenvolvidos simultaneamente. A partir de 2017 optou-se por trabalhar exclusivamente com o Projeto VER-SUS, entendendo que este (também) era um espaço de formação para o controle e participação social em saúde.

O VER-SUS, enquanto projeto de extensão, realiza oficinas e eventos científicos sobre formação e educação em saúde, controle e participação social e políticas em saúde e outros temas demandados - desde que envolvam saúde. Tem trabalhado, atualmente, a possibilidade de construção de vivências, independente do financiamento do Ministério da Saúde/OPAS/Rede Unida. Apesar de estar ligado ao PET, o VER-SUS é independente, tendo em sua coordenação estudantes de outros campus universitários e profissionais de saúde.

○ Formação Interdisciplinar e Interprofissional no Conexões de Saberes

Como dito anteriormente, o Conexões de Saberes agrega estudantes de origem popular de áreas distintas e prioriza o protagonismo desses na realização de projetos que tenham afinidade. Os diferentes cursos de graduação vão se aglutinando em torno de interesses comuns: Saúde Coletiva, Medicina e Psicologia, preocupados com o SUS, integram-se na organização do VER-SUS, por exemplo. Assim como Enfermagem e Nutrição, priorizando a saúde da criança, articulam-se na realização do Cuidar Brincando. Esse exercício

de interdisciplinaridade, que conforme Ferla et al. (2013) articula disciplinas diversas e núcleos de saberes para a produção coletiva de determinado conhecimento, possibilita aos estudantes irem além de seus respectivos cursos de origem, ampliando seus conhecimentos e exercitando a Multiprofissionalidade (neste caso, em saúde).

A atuação colaborativa nos projetos também permite aos estudantes aprenderem juntos, sobre o trabalho coletivo e as particularidades de cada curso (de graduação), configurando, conforme a UNIFESP (2009, apud Aguiar-da-Silva et. al., 2010), em um trabalho interprofissional. A interprofissionalidade vai dos projetos às reuniões do “extensão em foco”, onde são trazidas, pelos “petianos”, as discussões teóricas que alimentam suas práticas – que na sua gênese, vem de seus campos de formação – para partilhar com os demais integrantes do PET.

Ainda na “extensão em foco”, ao prestarem contas de seus respectivos projetos, os estudantes abrem espaço para que várias áreas do conhecimento avaliem o objeto em questão – a atividade, tanto sob a perspectiva no qual ele foi pensado, quanto a partir do referencial de quem fala, avalia. Ou seja, ao avaliar, se interprofissionaliza: aprende-se junto, sobre o trabalho conjunto, respeitando o singular, a particularidade, do saber embrionário, do qual parte o projeto.

De todos os projetos, o VER-SUS é onde se pode ver mais claramente os exercícios de multiprofissionalidade, interdisciplinariedade, interprofissionalidade e inter/multi outras tantas coisas, principalmente na modalidade vivência. Tendo esses princípios como fundamento, toda a organização dos projetos pauta-se na coletividade, no plural dos saberes, da observação da realidade (da saúde) sob diferentes lentes. Em projeto realizado em Barra do Garças – MT, em outubro de 2016, por exemplo, em uma visita a Aldeia Xavante, um indígena perguntou sobre a diferença entre o medicamento genérico e o “original”. Entre os viventes encontrava-se estudantes de farmácia, saúde coletiva, medicina, enfermagem, entre outros. A resposta veio na mesma direção, porém com acréscimos diversificados: na mesma direção, ao dizer que não havia diferença enquanto princípio ativo, somente em relação a marca; diversificado quando medicina, enfermagem e farmácia trazem considerações biológicas a pergunta – falam da fisiologia etc., e saúde coletiva tece comentários sobre a Relação de Medicamentos Essenciais. Vejamos que, na resposta coletiva, emergem particularidades, próprias de cada curso. O que não quer dizer que este ou aquele saiba mais ou menos que o outro; são apenas formas diferentes de olhar para ele. O exemplo citado é apenas um dos vários que se experimenta no VER-SUS.

○ Considerações finais

De todos os programas de educação tutorial, o “Conexões de Saberes” é um dos poucos que tem como base a interdisciplinariedade. Vale-se da pluralidade de saberes dos seus integrantes, para desenvolver e potencializar suas ações, que tem como destinatário o trabalho nas comunidades periféricas.

No exercício da interdisciplinariedade, o “Conexões” tem desenvolvido também a interprofissionalidade, desde a execução de suas ações/projetos até a formação de seus integrantes. Isso tem oportunizado aos seus egressos desbravarem campos, que inicialmente não cogitavam, como é caso da egressa, hoje, terapeuta, citada anteriormente: a ela se destinava o ofício de professora, mas foi parar na saúde. E sem dúvida, tem refletido na rápida inserção dos egressos em cursos de pós-graduação, nas mais variadas áreas: sociologia, política social, educação, psicologia, saúde do adulto, saúde coletiva etc.

Como nos diz Freire (1970, apud Bornstein et al., 2016) não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes. É nessa perspectiva que o Conexões de Saberes atua, dando espaço para todos, aprendendo com todos, visando a construção de sujeitos críticos e reflexivos, tal como almejava o educador.

○ Referências

Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T. & Batista, N. A. (2017). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n1/v16n1a09.pdf> >; Acessado em 15 Agos.

Bornstein, V. J. (2017). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em: < <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/conteudo/midia/arquivos/livroweb.pdf> > Acessado em 15 Agos.

Brasil. (2017). **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm; Acessado em 17 Jun.

Brasil. (2017). **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm; Acessado em 17 Jun.

Brasil. (2017). **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm; Acessado em 17 Jun.

Brasil. (2017). **Portaria MEC nº 976, de 27 de julho de 2010, publicada no D.O.U em 28/07/2010, páginas 103 e 104.** Portaria MEC nº 591, de 18 de junho de 2009, com as alterações da Portaria MEC nº 975, de 27 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 28 de julho de 2010. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10093-portaria-mec-976-27-07-2010-1&category_slug=fevereiro-2012-pdf&Itemid=30192 >; Acessado em 17 Jun.

Cuidar Brincando, UFMT. (2017). **Página Inicial.** Disponível em: <http://cuidar-brincando.webnode.com.br/>. Acessado em 17 Jun.

Ferla, A. A., Dall'alba, R., Andres, B., Leal, M. B., Barnart, F., Assimos, R., Montenegro, C., Flores, R. T., Denardin, R. & Alberti, G. F. (2017). **Vivências e estágios na realidade do SUS:** educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. Reciiis - r. Eletr. De com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.4, dez., 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17228/2/4.pdf>>; acessado em 11 Março.

Lattes, Plataforma. (2017). **Rosa Lúcia Rocha Ribeiro.** 2017. Disponível em: < <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4782022J2>>; acessado em 17 Jun.

PET Conexões de Saberes, UFMT. (2017). **Projetos.** Disponível em: <http://www.petconexoesufmt.net/>; acessado em 17 Jun.

Nascimento, N. (2016). **Trajatória dos Conselhos Gestores Locais junto às unidades de Estratégia de Saúde da Família, Cuiabá-MT,** de 1993 – 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva.

OTICS. (2017). Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. **VER-SUS/Brasil** – apresentação. 2014. Disponível em: < <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao>> Acessado em 17 Jun.

Sewo, M. T., Santos, C. F. & Ribeiro, R. L. R. (2015). Conexões de saberes: exercício de Psicologia Social Comunitária na universidade. In. Accorssi, Aline et al. (Org.). **Distintas faces da questão social** [Recurso eletrônico on-line]: desafios para a Psicologia. Florianópolis: ABRAPSO: Edições do Bosque/CFH/UFSC.



O cuidado multiprofissional como estratégia na abordagem a saúde do idoso: relato de uma intervenção

II

Roseli Mai

Valéria Baccharin Ianiski

Camila Fabiana Lemos Francescato

Karla Renata de Oliveira

Elisiane Bisognin

O envelhecimento populacional é um fenômeno que pode ser observado a nível mundial. O crescimento da população idosa em relação aos outros grupos etários resulta de vários fatores, como a alta fecundidade prevalente no passado comparada a presente redução da mortalidade, aos avanços da medicina e a criação de políticas públicas de saúde (Paula, 2014). Estima-se que no ano de 2050 irão existir aproximadamente dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, entre os quais a maioria viverá em países em desenvolvimento (Camarano; Kanso, 2013; Mendes, 2011; Brasil, 2006).

O envelhecimento compreende um processo sequencial, irreversível, universal e não patológico de deterioração de um organismo que já atingiu a maturidade, próprio dos seres vivos, os tornando menos aptos a enfrentar o estresse do meio em que vivem, aumentando a sua possibilidade de morte (Han; Tajar; Lean, 2011). O envelhecimento não é homogêneo a todos os humanos, pois sofre a influência de fatores como os processos de discriminação e exclusão sociais associados ao gênero, etnia, condições sociais e econômicas (Brasil, 2006).

Na área da saúde, o envelhecimento da população representa um grande desafio, pois juntamente com ele surgem novas demandas, como o crescente aumento das doenças crônicas e as incapacidades funcionais, que afetam a saúde do idoso comprometendo sua autonomia e independência. A exemplo destacam-se a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar, as quais são reconhecidas como síndromes geriátricas (Moraes; Marino; Santos, 2010; Chaimowicz; Camargos, 2013) que associadas a comorbidades crônicas resultam em um maior e prolongado uso dos serviços de saúde.

A saúde pode ser definida como uma medida da capacidade para realizar aspirações e da satisfação das necessidades, não se restringindo apenas a ausência de doenças (Brasil, 2012; Moraes, 2012). Desta forma, a atenção primária em saúde (APS) se constitui na porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde. Ela caracteriza-se por um conjunto de ações, seja no âmbito individual ou coletivo, que possuem o objetivo de desenvolver a atenção integral, resultando em modificações na saúde e autonomia dos usuários (Brasil, 2012).

Por constituir-se a porta de entrada preferencial no serviço, é possível identificar uma frequência elevada de usuários idosos buscando cuidado à saúde junto às Unidades de Saúde da Família (USF), demandando, além de consultas e tratamentos terapêuticos, um acompanhamento longitudinal. Desta forma, vários profissionais que compõem a equipe, se envolvem no cuidado destes, exercendo atividades de núcleo e de campo a partir de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Visando uma abordagem holística e integral enfatizando os pressupostos da APS, em um território localizado em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/BR, se propôs uma intervenção direcionada no cuidado ao idoso, visto que, a evolução negativa da tripla carga de doenças no processo de envelhecimento resulta em elevados custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos cofres públicos, ocasionando um impacto significativo na rede de atenção à saúde (Mendes 2011; Lira, Diniz, Melo et al., 2015).

A USF em que foi realizada a intervenção possui um território com aproximadamente sete (7) mil pessoas de acordo com mapeamento do município, apresentando grande diversidade social e étnica. Sua equipe de saúde é composta por servidores municipais: uma (01) enfermeira, três (03) técnicos de enfermagem, um (01) dentista, um (01) auxiliar de saúde bucal, um (01) médico saúde da família 40 horas e um (01) médico generalista 20 horas, quatro (04) agentes comunitários de saúde, um (01) administrativo, um (01) serviços gerais e um (01) atendente de farmácia. Conta também com profissionais vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, educador físico e farmacêutica que realizam suporte as equipes de saúde da família em conformidade com os preceitos da clínica ampliada e do apoio matricial, conceitos que direcionam as ações do NASF, segundo os pressupostos do Ministério da Saúde (MS).

Tendo em vista que aproximadamente 38% da área daquele território eram cobertos por agentes comunitários de saúde e que por este motivo se desconhecia grande parcela da população do território, foi incluída na propos-

ta a ampliação da cobertura de atendimento para o idoso através da demanda espontânea, ou seja, os idosos do território passariam a acessar a USF para buscar atendimento ou outra demanda e seriam acolhidos, ouvidos por algum profissional de saúde da equipe, visando também estabelecer vínculo entre usuários e a USF (Brasil, 2011).

Além disso, a APS deste município conta desde o ano de 2010 com o apoio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, distribuído em cinco USF. A USF em questão contava com uma profissional de saúde residente enfermeira, uma psicóloga e uma nutricionista na sistemática de trabalho da unidade. O Programa de Residência exerce atividades na comunidade com amplo espectro de saúde e com o objetivo de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS nas equipes de saúde da família, além de buscar qualificar profissionais para atuarem na APS, através do trabalho multiprofissional na perspectiva de um cuidado humanizado, resolutivo e integral.

Nesta perspectiva, esse trabalho tem como objetivo relatar uma vivência de profissionais de saúde residentes que compõem uma equipe multiprofissional de uma Unidade de Saúde da Família com a população idosa através do desenvolvimento de um projeto de intervenção.

○ Método

Este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência a partir da vivência de profissionais de saúde residentes sobre a aplicação de um projeto de intervenção direcionado a população idosa de um território de saúde. O projeto de intervenção foi executado pelas profissionais de saúde das áreas de enfermagem, nutrição e psicologia juntamente com a equipe de saúde da USF, tendo como público alvo indivíduos idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes e domiciliados em um determinado território de saúde.

O desenho inicial do projeto de intervenção teve início no ano de 2014, e foi mantido até o ano de 2016 por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O período de execução das ações compreendeu 26 semanas, com início no mês de novembro de 2015 e conclusão em abril de 2016.

As ações do projeto foram norteadas a partir de dispositivos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, com o intuito de qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa, questão esta, identificada como prioridade pelos profissionais de saúde da equipe da USF. A oferta do cuidado ocorreu por meio de grupos de saúde, salas de espera na USF, atendimentos individuais, visitas domiciliares, conversas informais pelo território de saúde, qualificação do registro das infor-

mações dos usuários (dados pessoais, diagnósticos, medicamentos, acompanhamento de saúde, necessidades especiais, ficha espelho) dentre outras ações.

Foram respeitados todos os preceitos éticos que regem uma pesquisa com seres humanos de acordo com o preconizado na Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde.

○ Resultados e discussão

As ações do projeto de intervenção foram norteadas pelos preceitos que guiam o cuidado a saúde da pessoa idosa, presente no Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007). O projeto contemplou como objetivos ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na USF, a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso e melhorar o registro das informações no prontuário e ficha espelho, mapear os idosos de risco da área de abrangência e promover a saúde dos idosos.

Em um primeiro momento o projeto de intervenção foi apresentado à equipe da USF durante a reunião de equipe semanal (com duração de uma hora e trinta minutos), de modo que todos puderam contribuir com sugestões ou solicitar maiores esclarecimentos sobre a temática e a proposta. As reuniões de equipe também se constituíram momentos para estudo e capacitação para qualificar o atendimento ao idoso.

Inicialmente, foi instituída uma parceria entre as profissionais de saúde residentes e as agentes comunitárias de saúde para a realização de visitas domiciliares com a finalidade de rastrear e acompanhar os idosos acamados, frágeis ou com problemas de locomoção do território de saúde. As visitas domiciliares possibilitaram a realização da avaliação multidimensional rápida, preenchimento da ficha espelho, identificação das fragilidades e da rede de apoio e/ou assistência que estes idosos apresentavam. Instrumentos como a ficha espelho do idoso, cadastro de medicações e registro de idosos acamados e com dificuldade de locomoção que são instrumentos preconizados no Caderno de Atenção Básica nº 19, incorporaram-se primeiramente à rotina da USF. Aos poucos, as propostas do projeto de intervenção foram inseridas na rotina de trabalho da equipe de saúde no intuito de qualificar o cuidado prestado a este público, visando à integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Visando a aproximação, a criação de vínculos, a desmistificação do cuidado e da assistência, as intervenções contempladas no projeto de intervenção eram arraigadas nos pressupostos das tecnologias leves do cuidado. As tecnolo-

logias leves do cuidado centram-se na oferta de cuidado de maneira holística, um “trabalho vivo”, não centrado na oferta de exames, procedimentos e /ou intervenções cirúrgicas - “trabalho morto”, tecnologias duras -, mas sim, organizadas dentro de uma sistemática de escuta, acolhimento e atenção, a partir do acolhimento dos usuários na USF, metodologias grupais, rodas de conversa, momentos de reflexão, dentre outros (Merhy & Franco, 2003).

Grupos de saúde, rodas de conversa, confecção de murais e demais atividades foram desenvolvidas com a comunidade e constituíram-se momentos para informar a população sobre a importância da avaliação odontológica, das consultas no período adequado, da realização dos exames periodicamente, importância do monitoramento da pressão arterial sistêmica (PA), bem como o uso adequado de medicamentos e suas interações. Estas atividades foram desenvolvidas e executadas pelas profissionais de saúde residentes com o apoio da equipe de saúde da USF.

Algumas ações como as atividades de sala de espera, murais, grupo de saúde para usuários com estomias e sofrimentos psicológicos (grupo de saúde mental e oficina terapêutica) foram realizados na estrutura física disponível pela USF, entretanto, as rodas de conversa, o grupo de atividade física e caminhada foram realizados em locais comunitários do território e nas residências dos usuários.

Os grupos de saúde ocorriam com periodicidade semanal e duração de aproximadamente duas horas. Como o território possuía quatro agentes comunitários de saúde, havia quatro microáreas distintas para a realização das rodas, de modo que a cada semana a roda de conversa ocorria em uma microárea diferente do território de saúde. As microáreas são os locais que contam com as visitas dos agentes comunitários de saúde.

As rodas de conversa eram encontros dinâmicos, onde as usuárias selecionavam o tema que seria abordado e discutido no encontro, ficando a cargo da equipe (residentes e agentes comunitários de saúde principalmente) a função de introduzir o assunto, instigar e fomentar a discussão e os esclarecimentos. A partir das rodas de conversa pela maior socialização entre vizinhos, emergiram-se grupos de oração, os quais também foram utilizados para socialização de informações em saúde e maior relacionamento entre os indivíduos da comunidade.

A utilização da fala, conversa, músicas, e recursos audiovisuais facilitaram muito a comunicação entre usuários e profissionais de saúde. A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis

umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (Brasil, 2007, p.16).

Os murais da recepção da USF foram organizados mensalmente, com assuntos gerais sobre saúde, mas com foco na prevenção de comorbidades e agravos à saúde. As atividades de salas de espera eram realizadas diariamente pelas profissionais de saúde residentes e pela equipe. Os assuntos abordados estavam relacionados com questões de saúde em destaque no momento, como dengue, Zika vírus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, gripe, obesidade, atividade física, saúde do homem, saúde da mulher, dentre outros. Para a abordagem dos temas utilizava-se materiais didáticos como EVA (material escolar), desenhos, gravuras, rótulos de alimentos, reportagens de jornal, músicas e instrumentos audiovisuais.

A cada atendimento individual e/ou visita domiciliar a ficha espelho do idoso era preenchida, pois ela era encaminhada juntamente com o prontuário do usuário para o profissional de saúde que realizaria o atendimento. Cada profissional de saúde da equipe que atendesse o usuário deveria preenchê-la e realizar os encaminhamentos e direcionamentos necessários e preconizados no Caderno de Atenção Básica nº 19 (2007), relativo ao cuidado da saúde da pessoa idosa. A ficha espelho era composta pelos dados de identificação do usuário, se era acamado ou não, se apresentava cuidador ou era independente para suas atividades instrumentais de vida diária, peso usual, estatura, a relação de medicamentos em uso, exames solicitados e/ou realizados até o momento, a avaliação multidimensional rápida do idoso, dados da consulta clínica como identificação do profissional que estava prestando atendimento, pressão arterial, peso atual, estatura atual que eram necessários para calcular o índice de massa corporal ($IMC=Kg/m^2$), uso de tabaco, realização de atividade física e necessidade de encaminhamento para odontologista.

Em situações em que o usuário ainda não possuía cadastro junto a USF, este era efetivado pelos técnicos de enfermagem que realizavam um preenchimento prévio da ficha no momento da escuta inicial ainda na área administrativa da USF, que consistia da avaliação antropométrica e verificação de sinais vitais, além dos dados de identificação do usuário e/ou seu acompanhante. Fichas espelhos foram disponibilizadas nas salas de atendimento dos profissionais de saúde para que em casos de sua inexistência junto ao prontuário de um usuário idoso esta pudesse ser preenchida e anexada.

Semanalmente os dados das fichas espelho eram digitados em uma planilha, tarefa que foi realizada pelas profissionais de saúde residentes. A tabulação dos dados permitiu acompanhar o desenvolvimento das metas estabelecidas

na intervenção. A aplicação da intervenção resultou na identificação de sujeitos idosos que mais acessavam o serviço de saúde, usuários poli queixosos, em risco, em situação de abandono familiar e/ou de alguma rede de cuidado, possibilitando traçar o perfil desta população, verificar a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial e diabetes mellitus, uso contínuo de fármacos, a rotina anual de acompanhamento dos exames laboratoriais, a presença de fragilidades físicas e sociais, além da oferta de orientações para a promoção do autocuidado em saúde, abordando questões relacionadas à alimentação saudável, atividade física, suspensão do uso de tabaco e cuidados odontológicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta três pilares para o desenvolvimento de uma longevidade ativa: participação, saúde e segurança. A participação não se restringe a capacidade física ou de trabalho, mas também a participação social, cultural, espiritual e econômica. Quanto à saúde, enfatiza-se o acesso aos serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos daqueles que necessitam de assistência. Já a segurança, seja física, social ou financeira, possui função de assegurar a proteção, dignidade e assistência ao idoso que apresentar dificuldade em manter seu sustento (Organização Mundial da Saúde, 2005).

O desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu o alcance de alguns dos objetivos iniciais, como por exemplo, a qualificação do atendimento, a melhoria dos registros das informações e o mapeamento dos idosos de risco. Porém a intervenção revelou outras questões importantes para pensar o cuidado integral, destacando-se a necessidade de acompanhar a existência da rede de apoio ao idoso e a criação/manutenção de espaços que lhes permitam a participação social. Apesar de cronologicamente o tempo previsto para a intervenção ter terminado, as ações e discussões para a qualificação das práticas de cuidado continuam sendo realizadas pela equipe.

A consolidação e implantação de rotinas de trabalho bem como de políticas públicas com um olhar mais direcionado a saúde da pessoa idosa, foram alavancadas com o despertar dos gestores e esferas públicas para o envelhecimento acelerado e em grande escala da população brasileira. Desenvolver e programar estratégias que focalizem no indivíduo idoso, consiste também de uma mudança de paradigmas onde o idoso não seja visto como um ser passivo ao cuidado (Brasil, 2007, p.11), mas que necessita ter uma abordagem equitativa à proposta aos demais ciclos vitais, sendo o idoso um ser de direito e que merece igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhece.

○ Considerações finais

Com a execução e o desenvolvimento do projeto de intervenção foi possível fortalecer as ações desenvolvidas no cuidado à saúde da pessoa idosa através de uma abordagem interdisciplinar e longitudinal. Houve envolvimento da equipe na educação permanente com aprofundamento da temática da saúde da pessoa idosa, discussões de casos e gestão dos processos de trabalho nas reuniões de equipe local. Contou-se também com o apoio matricial da equipe do NASF.

Através dos atendimentos individuais e coletivos houve a reorganização da gestão do cuidado na perspectiva da integralidade. O acolhimento e escuta singularizada, permitiram a criação de espaços subjetivos de trocas significativas, oportunizando abordagens diferenciadas com identificação das vulnerabilidades e potencialidades dos sujeitos e a contextualização da vida deles.

A utilização de instrumentos de qualificação da Atenção Primária em Saúde como a avaliação multidimensional rápida, para além dos aspectos biológicos o envelhecimento também apresenta implicações de ordem psicológica e social, as quais irão repercutir na qualidade de vida dos indivíduos e facilitou a identificação das fragilidades dos idosos, bem como, a identificação da rede de apoio familiar e social que contribuem para a saúde e bem estar dos idosos.

O preenchimento da ficha espelho foi um recurso importante para o monitoramento das ações, permitindo a avaliação da gestão do cuidado como diferencial tanto no cuidado individual quanto coletivo. O apoio e comprometimento da equipe foram essenciais para a implantação e seguimento do projeto. A intervenção contava com tempo pré-determinado para início e conclusão, porém sua continuidade se revelou uma necessidade, visto as contribuições para a qualificação do serviço prestado a esse público.

A execução do projeto de intervenção propiciou a ampliação da atenção ao idoso, bem como, a melhoria dos registros e a qualificação do atendimento e ressignificação do trabalho em equipe. Neste contexto, o aumento da população idosa traz consigo desafios para os gestores e profissionais de saúde, demandando o planejamento e implementação de estratégias que contemplem as necessidades e singularidades dos idosos.

○ Agradecimentos

Agradecemos à equipe da Unidade de Saúde da Família pelo apoio e colaboração para o satisfatório desenvolvimento das atividades do projeto; à Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) e ao Núcleo de Ensi-

no e Pesquisa (NEP) pelo apoio e incentivo na construção do saber científico, bem como pela oportunidade e valorização do trabalho na Atenção Primária em Saúde e ao Ministério da Saúde (MS) pelas bolsas de trabalho/ensino.

Referências

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2007. [Internet]. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Acesso em 12 de julho. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [Internet]. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Acesso em 20 de julho. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf>

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. [Internet]. Brasília, 2012. Acesso em 20 de julho. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Acesso em 23 de julho. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>.

Camarano, A. A. & Kanso, S. (2013). **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Cap.5. In: Freitas, E. V.; PY, L. (colab.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.133-52.

Chaimowicz, F. & Camargos, M. C. S. (2013). **Envelhecimento e saúde no Brasil**. Cap.6. In: Freitas, E. V.; PY, L. (colab.). Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. - [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.153-84.

Han, T.S., Tajar, A. & Lean, M.E. (2011). Obesity and weight management in the elderly. **British Medical Bulletin**, 97, 169-196.

Lira, M.S, Diniz, A.D.R., Melo, F.D.F. et al. (2015). Assistência ao Idoso na Atenção primária à Saúde: Contribuições a Qualidade de vida do Grupo. **Rev. Interd.**

em Saúde, jul./set Cajazeiras, 2 (3):290-300.

Mendes, E.V. (2017). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [Internet]. 549 p.: il. Acesso em 01 de agosto. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>.

Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez.

Moraes, E.M. (2012). **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Moraes, E. N., Marino, M. C. A. & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, 20 (1):54-66.

Organização Mundial De Saúde. OMS. (2005). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Paula, D. J. C. (2014). Análise de custo e efetividade do tratamento de diabéticos adultos atendidos no Centro Hiperdia de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2014.109 f. [**Dissertação**] (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas

12

Bárbara Santos Ribeiro
Edite Lago da Silva Sena
Sâmia de Carliris Barbosa Malhado
Lucas Queiroz Subrinho
Darci de Oliveira Santa Rosa
Patrícia Anjos Lima de Carvalho

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se propõe a priorizar atenção comunitária aos problemas de saúde da população, principalmente a alguns grupos considerados como de risco ou vulneráveis. No entanto, observa-se que algumas práticas de saúde não têm sido tão efetivas, especialmente no que concerne ao cuidado às pessoas que consomem drogas (Coelho; Soares, 2014).

Nesse contexto, o Enfermeiro que geralmente exerce a função de coordenador da ESF, necessita se atentar para os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do consumo habitual de drogas e a partir de então, se dispor a desenvolver ações de cuidado frente à problemática.

De maneira complementar ao trabalho do Enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode contribuir significativamente para a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas pela sua condição paradoxal, ou seja, são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da equipe de saúde. Justamente nessa “paradoxalidade” que emerge o potencial dos ACS para o cuidado em Saúde Mental (Lancetti, 2014).

O cuidado promovido pelos ACS acontece fora dos consultórios, ocorre à medida que deambulam na comunidade, se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas, o que lhes permite ampliar o número de encontros com a realidade local e o maior conhecimento das necessidades de saúde da população. Ademais, em seu cotidiano de trabalho, promovem ações solidárias e tecem fios de redes microsociais de alto poder terapêutico (Lancetti, 2014).

Dessa maneira, ao planejar estratégias de cuidado, é importante que o Enfermeiro estabeleça relações dialógicas com os ACS, se proponha a ouvi-los e leve em consideração as demandas que são expressas por eles. A partir dessa dinâmica relacional, o trabalho dos profissionais de enfermagem pode tornar-se mais resolutivo e transformador, refletindo de maneira positiva no cuidado às pessoas que fazem consumo habitual de drogas.

No entanto, a deficiência na formação de recursos humanos para atuar no contexto do consumo de drogas vêm sendo discutida de maneira expressiva na literatura nacional e internacional (Anderson, 2009; Brown et al., 2013; Coelho; Soares, 2014; Cordeiro et al., 2014; Costa et al., 2015; Huggett; 2011; Souza; Ronzani, 2012; Vargas; Duarte, 2011). Mais especificamente no âmbito da Atenção Básica, estudos evidenciam que o despreparo dos profissionais compromete o cuidado ao público em questão, o que ressalta a necessidade das propostas de capacitação (Coelho; Soares, 2014; Cordeiro et al., 2014; Costa et al., 2015; Souza; Ronzani, 2012; Vargas; Duarte, 2011).

Diante do exposto, fomos motivados a refletir sobre as ambiguidades que entornam o processo de cuidar das pessoas que fazem o consumo habitual de drogas. Tal proposição tem fundamento na fenomenologia do filósofo Maurice Merleau-Ponty, que nos permite pensar que, ao depararmos com situações relacionadas a temática consumo de drogas, vivenciamos um movimento ininterrupto entre o sensível e o objetivo, o impessoal e o pessoal, a intuição e a linguagem, o mundo perceptivo e o mundo cultural, ou seja, tratam-se de perfis que constituem modalidades de uma mesma experiência, de um mesmo cuidado (Merleau-Ponty, 2014). Essa ambiguidade também se faz presente no modo de ser dos ACS em relação ao saber e ao fazer no contexto do cuidado.

Nessa perspectiva, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como os ACS percebem a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas? E, o seguinte objetivo de pesquisa: compreender a percepção de ACS sobre a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas.

Com o presente estudo não temos a pretensão de desconstruir as evidências disponíveis na literatura, mas sim trazer à discussão novas possibilidades de conhecer o cuidado relacionado ao consumo de drogas por parte de ACS, o que servirá como um novo aporte teórico-filosófico para o planejamento de ações em saúde.

○ Métodos

Pesquisa fenomenológica fundamentada no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. Para este filósofo, a percepção não corresponde a

um ato psíquico, mas sim ao campo de revelação do mundo, que é o campo de experiência. Nesse campo, sujeito e objeto fundem-se e nenhum discurso clássico consegue expressar de forma precisa o que a percepção exatamente é, pois se mostra sempre a partir do ponto de vista de quem a vive efetivamente (Merleau-Ponty, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida com base na percepção de ACS, servidores em um município de médio porte do estado da Bahia, Brasil, que possui Gestão Plena da Atenção Básica. Para a aproximação dos participantes, solicitamos auxílio ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (Sind-ACS), por constituir-se em um espaço onde teríamos maior possibilidade de encontrá-los reunidos. Desse modo, foi-nos oportunizado, em uma das reuniões do sindicato, distribuir convites personalizados aos ACS, utilizando como critério de inclusão estar em plena atividade da profissão. E, como critérios de exclusão, ACS em período de licença médica, licença maternidade e afastamento administrativo.

Com os vinte primeiros que mostraram interesse, recolhemos telefone para contato. Posteriormente, contatamos-lhe a fim de acordar data, horário e local para a produção das descrições vivenciais (coleta das informações). Porém, apenas sete confirmaram presença nos encontros de Grupo Focal, que foram realizadas no primeiro semestre do ano de 2016 em uma sala reservada da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Com vistas a aprofundar as discussões, realizamos três encontros de Grupo Focal, tendo cada um deles duração média de 2 horas. Os encontros também contaram com a participação de uma moderadora e uma observadora.

Para nortear as discussões no grupo utilizamos as seguintes questões norteadoras: 1) Como você percebe a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas na ESF? 2) Qual o papel do ACS no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado no contexto do consumo de drogas? 3) Quais as principais dificuldades e/ou potencialidades que o ACS dispõe para promover o cuidado no contexto do consumo de drogas?

Todos os encontros foram gravados por intermédio de um gravador digital e transcritos na íntegra. A fim de garantir o sigilo e confidencialidade, a identidade dos participantes foi preservada por meio da codificação "ACS", seguida de um número correspondente à sequência de participação na pesquisa.

De posse das descrições vivenciais, recorremos a *técnica analítica da ambiguidade*, estratégia metodológica desenvolvida para a compreensão dos achados em pesquisas fundamentadas na fenomenologia de Merleau-Ponty, assim como, em outros estudos de abordagem qualitativa cujo foco seja a per-

cepção humana, considerando que esta sempre se exprime de forma ambígua (Sena et al., 2010; Sena; Gonçalves, 2008).

Desse modo, todos os passos propostos pela técnica foram contemplados, a saber: 1) transcrição das vivências gravadas e organização em forma de textos; 2) realização de leituras exaustivas, com base na prerrogativa de que por tratar-se de um estudo fenomenológico, busca-se descrever vivências, ocorrências de campo e não, explicá-las; 3) deixar que os fenômenos se mostrem em si mesmos a partir de si mesmos, o que significa dizer que o pesquisador vive sua experiência perceptiva durante a leitura e nesta se reconhece como generalidade intercorporal; 4) objetivação em categorias.

A compreensão das vivências mediante aplicação da técnica, ocorreu sob a perspectiva de que, enquanto se lê as descrições vivenciais, há o esforço para converter o irrefletido à reflexão e para articular um pensamento a ser objetivado, lançado ao exterior como objeto percebido. Nessa perspectiva, experimentamos a intersubjetividade a partir do olhar figura-fundo, ou seja, a cada vez que desfocávamos o olhar do contorno de uma figura, avistávamos outras, corroborando a ambiguidade inerente a percepção humana e a incapacidade de se estabelecer conceitos e definições (Sena et al., 2010).

O desenvolvimento da pesquisa obedeceu às determinações da Resolução Nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), sob o Parecer Nº 1.163.911 e CAAE nº 46610515.6.0000.0055 (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

● Resultados

Os ACS que atuaram como participantes da pesquisa são funcionários efetivos do município, sendo três mulheres e quatro homens, com idades entre 30 e 56 anos. Destes, seis informaram possuir mais de dez anos no exercício da função. Todos declararam ter participado de capacitações com abordagem sobre drogas, de modo que, foi unânime a participação no projeto “Caminhos do Cuidado” no ano de 2013; que consistiu em uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições da área, com o objetivo de promover para os ACS de todo o país uma formação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2013).

Os momentos utilizados para a aproximação dos participantes, acrescido da relação dialógica proporcionada pelos encontros de Grupo Focal, possibi-

litaram a interação e criação do vínculo entre pesquisadores e participantes, aspectos que favoreceram a intersubjetividade. Nesta perspectiva, ocorreu-nos categorizar os resultados como “Vivências do Agente Comunitário de Saúde no Contexto das Drogas: entre o Autocuidado e o Descuido”.

○ Vivências do agente comunitário de saúde no contexto das drogas: entre o autocuidado e o descuido

Ao serem questionados sobre a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, os participantes iluminaram perspectivas de igualdade e universalidade, reconhecendo que devem ser responsáveis pelo atendimento em saúde de “todos” os usuários da ESF de maneira igualitária, inclusive daqueles que fazem o consumo de drogas, como mostra a descrição seguinte:

[...] quem consome drogas tem direito de ser tratado como qualquer outro cidadão, mas as vezes fazemos diferenciação. Se tem uma usuária da ESF chego na casa dela e oferto os serviços do posto de saúde, mas, se é uma usuária que consome drogas, talvez eu não me sinta com aquela mesma responsabilidade de falar a mesma coisa. Então, na condição de profissional, independente de consumir drogas ou não, tenho que chegar e apresentar todos os serviços de saúde que são disponibilizados (ACS 3).

No entanto, a intersubjetividade levou-nos a perceber claramente ambiguidades no discurso do participante. Se por um lado reconhece que é seu dever informar ao usuário que faz consumo de drogas sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde, contribuindo para a promoção do cuidado, por outro, revela que na práxis, ainda que irrefletidamente, o que aparece é a dificuldade para cuidar do público em questão.

Quando o ACS 3 diz que, apesar do direito do consumidor de drogas ser tratado como igual aos demais usuários do serviço, há diferenciação, e revelando o exemplo da diminuição do nível de responsabilização para com esse público. Assim, observamos um distanciamento entre discurso e prática, o que revela um conflito entre sentir e pensar, refletir e agir. Desse modo, o fato de ser consumidor de drogas parece ser condição necessária para desmotivar o ACS a se corresponsabilizar pelo cuidado em saúde.

Ao serem abordados sobre o fenômeno, os participantes ainda retomaram discursos que associam a pessoa que faz o consumo de drogas à condição de imoralidade, depravação, violência e problema de segurança pública, conforme desvelam as descrições:

[...] também penso que tem que ser uma coisa voltada para a segurança pública, porque além do agente trabalhar em uma área insalubre,

trabalhamos com periculosidade muito grande por causa da situação das drogas (ACS 2).

[...] tem gente que me diz que hoje é cultura usar droga! Os valores morais se foram, os valores familiares (ACS 5).

[...] sempre falo na minha comunidade: feliz do pai que tem um filho que não usa droga, não entrou no caminho torto (ACS 7).

Os encontros de Grupo Focal também consistiram em um espaço onde os ACS tiveram a oportunidade de compartilhar o contexto de vulnerabilidade a que estão expostos. O que parece ocorrer é que, as condições adversas que vivenciam no ambiente de trabalho, tendo que presenciar no cotidiano situações de violência e conflitos decorrentes do narcotráfico, contribuem para reforçar a tese de que todo consumo de droga está associado à perversão e à imoralidade, assim como evidenciam as descrições:

[...] um outro dia me deu medo só porque eu cheguei em uma casa, [...], tinha um cidadão de 17 anos que me perguntou: você é agente de saúde? Você vai pegar informações que sou usuário, sou traficante? Eu sou traficante, e daí? Me mostrou a arma. [...]. Naquele dia eu fiquei com medo, uma arma, ele me ameaçou (ACS 1).

[...] eu e a Enfermeira já fomos ameaçadas, não estávamos falando sobre drogas, mas ele era usuário de drogas, bem violento! Então assim.... eu visito as casas, mas não toco em assunto de drogas (ACS 4).

[...] em relação ao medo também, na minha área tem uma mãe de um usuário que ela defende com unhas e dentes. Um dia de tanto usar, teve overdose [...], precisaram trazer rápido para o hospital. Tempos depois, em um dia de atendimento, uma outra mãe chegou e perguntou para ela: foi verdade que precisaram levar seu filho às pressas para o hospital? Ela respondeu: Lá em casa tem um porrete e uma faca amolada para quem está falando isso! Então se tocamos no assunto do filho com ela, nós que vamos receber isso (ACS 5).

[...] lá tem um usuário de drogas que fala forte, fala que sabe da saúde, que não adianta ninguém ficar levando medicação para ele, fico com medo, não chego nem na porta (ACS 6).

Nas descrições vivenciais, o ACS 1 e a ACS 4 retomaram momentos em que foram violentados por consumidores de drogas, enquanto a ACS 5 e a ACS 6 revelaram o constrangimento em ter que propor ações de cuidado e sofrer algum tipo de agressão. Essas experiências reforçam o sentimento de medo, desmotivam os profissionais e os impedem de protagonizar o cuidado a todo o público que consome drogas.

Outra questão abordada pelos ACS foi a culpabilização da gestão pública de saúde por não lhes garantir cobertura e proteção para atuar como cuidadores no território.

[...] o governo diz que o ACS tem que intervir, tem que adentrar, mas não nos protege! Então, se o ACS for fazer o trabalho sozinho, ele vai ser logo vítima (ACS 1).

[...] se a gente for se meter na vida deles (consumidores de drogas), seremos vitimados, e infelizmente, a secretaria de saúde não nos garante

nenhuma segurança, se a gente morrer, morreu, acabou! Sempre falo, é claro que temos que fazer nossa parte, mas tem coisas que não podemos nos envolver, principalmente quando tem droga e traficante (ACS 5).

Em meio a intersubjetividade do Grupo Focal, à medida que cada participante retomava seus vividos e buscava justificativas para a experiência do sentir medo, permitia ao outro a vivência da temporalidade, do aqui e agora. Desse modo, apareceu no domínio da linguagem o medo de ser vítima durante algum conflito envolvendo policiais e traficantes.

[...] vejo que é difícil para nós profissionais de saúde trabalhar com o tema drogas, porque se a polícia vai na área fazer uma busca, eles pensam que foi o agente de saúde que fez a denúncia, porque adentramos nas casas, sabemos tudo o que acontece por ali (ACS 1).

[...] tenho uma experiência bem recente, estava em uma casa que mora um rapaz que além de usuário é traficante, e aí ele me contando que a polícia tinha ido à casa dele e achou maconha. Nesse dia fiquei receoso da polícia chegar e eu estar lá, vai saber que eu sou Agente Comunitário de Saúde? Na verdade, é um medo que está acontecendo geral, inclusive com os outros colegas (ACS), de ser abordado pela polícia, ser vítima em alguma confusão, ter um tiroteio, e de repente a bala nos atingir (ACS 2).

Destarte, o que se desvela na retomada de vivências dos ACS é que, se predispor para promover o cuidado aos usuários que consomem drogas, significa colocar-se em situação de vulnerabilidade e exposição a riscos.

○ Discussão

Mediante relação dialógica estabelecida com os participantes, compreendemos que os ACS reconheceram a obrigatoriedade de adotar o princípio da universalidade em suas práticas de cuidado. Logo, salientaram a importância sobre atuar de forma equânime na comunidade, de modo a oportunizar para toda a população adscrita o acesso aos serviços de saúde, inclusive, para as pessoas que consomem drogas. De fato, o princípio da universalidade corresponde a uma determinação da Constituição Federal de 1988 e da lei 8.080, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, devendo ser adotado nas práticas de cuidado (Brasil, 1988; 1990).

Entretanto, na prática o discurso teórico parece se desconstruir, pois mesmo estando cientes do direito constitucional dos usuários, demonstraram vivenciar sentimentos de recusa que impossibilitam a promoção do cuidado ao público em questão.

Considerando que Merleau-Ponty não discutiu em suas obras a noção de “cuidado”, reportamo-nos a fenomenologia de Martin Heidegger. Para este filósofo o “cuidado” é o fenômeno que possibilita toda expressão humana, é a raiz do

ser-no-mundo. Assim, o cuidado refere-se a uma responsabilidade do homem consigo mesmo, com o outro e com a existência humana em geral (Heidegger, 2012).

Estabelecendo um diálogo entre o cuidado heideggeriano com o pensamento Merleau-pontyano concebemos que, mesmo o ACS reconhecendo seu papel de colaborar na promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, parece tomado pelo sentimento de recusa que lhe impede de ocupar-se com a saúde do público em questão, o que vai de encontro com a noção de cuidar. Desse modo, o ACS pode promover o descuido, mesmo que de forma irrefletida.

Essa reflexão nos conduziu às seguintes indagações: se os ACS reconhecem a obrigatoriedade de serem equânimes no atendimento em saúde, por quais motivos intimidam-se frente às pessoas que vivenciam o consumo habitual de drogas? Se estão cientes das necessidades de saúde dessas pessoas, por que não conseguem protagonizar o cuidado? Por que os ACS descuidam ao invés de cuidar?

Na perspectiva Merleau-pontyana, qualquer tentativa de responder precisamente às indagações ora apresentadas estará fadada ao insucesso, visto que, o sentimento de “recusa” que motiva o ACS a negligenciar o cuidado aos consumidores de drogas consiste em um fenômeno que se mostra a nós sempre em perfil, ou seja, trata-se de um evento que ocorre de forma não deliberada.

Além de que, quando nos referimos ao discurso do outro, não explicamos, mas compreendemos, pois ele se manifesta de forma prodigiosa, já que tudo o que tem valor para nós como seres, somente acontece tendo acesso, diretamente ou não, a nosso campo, “aparecendo no balanço de minha experiência, entrando em meu mundo” (Merleau-Ponty, 2012).

Nessa perspectiva, ao considerarmos que a percepção humana ocorre pelo entrelaçamento da experiência sociocultural (pessoalidade, racionalidade) com a vivência sensível (impessoalidade, sentimentos), dimensões que são constitutivas da natureza humana, vejamos como o referencial teórico do filósofo contribui de forma especial na compreensão do vivido (Merleau-Ponty, 2014).

Ao recapitularmos a história perceberemos que durante muitos anos, as sociedades visualizaram o consumo de substâncias psicoativas como um ato imoral, o que motivou vários países a empregarem, a partir do século XIX, medidas de intervenção com foco na repressão, no proibicionismo e no discurso de “guerra às drogas” (Machado; Boarine, 2013).

No Brasil, por exemplo, o consumo dessas substâncias tem sido relacionado, prioritariamente, ao setor de segurança e não ao setor de saúde, tendo como

enfoque a repressão em detrimento do cuidado em saúde. Na década de 1970, a disseminação de políticas proibicionistas no país, subsidiou a cultura da criminalização e a crença social de que a opção pelo consumo representava uma escolha de conotação moral, portanto, passível de punição (Garcia; Leal; Abreu, 2008).

Com efeito, somente a partir do ano 2000, é que as políticas públicas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial no contexto do consumo de álcool e outras drogas. Desde então, a capacitação permanente dos profissionais da área tem sido uma prioridade. Nessa perspectiva, tem sido oferecidas capacitações não apenas para aqueles que atuam em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, mas também, para os que se encontram nas demais unidades assistenciais do SUS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF (Brasil, 2004).

No entanto, a imagem do consumo de drogas construída historicamente, que associa a prática à condição de imoralidade, tornou-se uma tradição no imaginário social, sendo transmitida entre as gerações, o que reforça o pensamento Merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanas.¹⁰ Logo, percebemos que a vivência sensível dos ACS é influenciada pela tese de que as drogas estão associadas à indecência, à violência e à criminalidade.

Nesse universo cultural, a mídia exerce papel de destaque, a partir da exibição de noticiários que relacionam as drogas às práticas de furto, de violência e de tráfico, valorizando aspectos negativos do consumo e ajudando na construção do preconceito e do estigma em relação aos consumidores (Bard et al., 2016).

Diante do exposto, chegamos a compreensão de que, mesmo que todos os participantes tenham passado por cursos de capacitação para atuarem frente as pessoas que fazem o consumo de drogas, inclusive, do projeto Caminhos do Cuidado¹⁴, ainda assim, sentem-se intimidados para cuidar desse segmento populacional. Então, é útil refletirmos que o negligenciamento das questões referentes às drogas no âmbito da ESF não se restringe à falta de formação profissional ou desconhecimento da problemática, assim como propõe a literatura (Anderson, 2009; Brown et al., 2016; Coelho; Soares, 2014; Cordeiro et al., 2014; Costa et al., 2015; Huggett; 2011; Souza; Ronzani, 2012; Vargas; Duarte, 2011).

Trata-se de uma questão bem mais ampla e complexa que entorna o fenômeno em estudo. A retomada das teses construídas historicamente que vinculam o consumo de drogas à condição de imoralidade, associada a experiência dos ACS no território, onde presenciaram no dia-a-dia episódios de violência e criminalidade, parecem desmotivá-los para cuidar do consumidor de drogas.

Assim, ratificamos que a fenomenologia não nos permite explicar o fenômeno, mas compreender que os participantes vivenciam simultaneamente as duas naturezas da percepção humana, que vão da experiência sensível à existência; esta impõe ao ACS o saber sociocultural, através do qual apreenderam que as pessoas que consomem drogas possuem necessidades de saúde, mesmo tendo sido vistas anteriormente apenas como um problema de segurança pública. Deste modo, sendo profissionais da saúde, os ACS apreenderam do dever de promover o cuidado aos consumidores de drogas, porém, também existe nesses profissionais a vivência de sentimentos, que acontece espontaneamente, desvelando outro perfil, o qual mostra o descuido desses usuários da ESF como uma tentativa de se proteger e promover o cuidado de si.

Frente ao dualismo apresentado notamos que, para o ACS, somente a aquisição de conhecimentos não é capaz de superar a realidade e transformar as práticas de cuidado aos usuários da ESF que consomem drogas, pois os sentimentos relacionados à comunidade transcendem à formação profissional, influenciando no desenvolvimento das práticas de cuidado.

Levando em consideração que os ACS representam importantes sujeitos intervenientes na atuação em saúde, é interessante ofertá-los condições que os permitam ter satisfação para o trabalho. Sabendo que o SUS prevê ações na área da saúde do trabalhador, os gestores locais podem desenvolver, junto a esses trabalhadores, ações que minimizem ou reduzam o sofrimento advindo das condições de trabalho (Lopes et al., 2012).

Portanto, coadunamos com a ideia de que aqueles que estão envolvidos com as políticas públicas de saúde precisam perceber as condições de vulnerabilidade que expõem os ACS diariamente aos riscos. A partir de então, poderão propor estratégias de proteção e solidariedade, na perspectiva da promoção do cuidado desses trabalhadores, o que poderá fortalecê-los e encorajá-los para atuar no cuidado de outros sujeitos que fazem o consumo habitual de drogas.

Ademais, acreditamos que a população precisa ser informada sobre a potencialidade dos ACS enquanto promotor da saúde pública, sobretudo no que se refere a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, para que tenham condições de percebê-los como um parceiro comunitário ao invés de um possível delator.

○ Considerações Finais

Ao pensarmos sobre a omissão dos ACS no que se refere a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, não podemos vê-la apenas como

uma consequência da falta de formação profissional para atuar na área. Essa concepção tem sido reforçada pela literatura, porém a análise das descrições dos ACS mediante o exercício perspectivo do olhar figura-fundo, mostra-nos outros perfis, desvelando outros desafios no tocante ao cuidado dos usuários que consomem substâncias psicoativas que precisam ser superados.

Não obstante todos os ACS do estudo terem participado de cursos com abordagem sobre drogas, ainda assim, retomaram sentimentos ambíguos relacionados ao fenômeno. O que parece ocorrer é que a nível da pessoalidade, os participantes são conscientes de que são trabalhadores de saúde e, portanto, precisam atuar de forma equânime na comunidade, oportunizando à toda população adscrita atendimento em saúde, inclusive, aos consumidores de drogas.

Porém, ao mesmo tempo em que reconhecem a imprescindibilidade do cuidado no contexto do consumo de drogas, são surpreendidos pelo sentimento de medo que se manifesta na impessoalidade, desencorajando-os a cuidar do público em questão, o que ao nosso ver implica em um descuido irrefletido.

A discussão dos resultados à luz do pensamento merleau-pontyano não os permite explicar a ocorrência do sentimento de medo, o que não se configura em uma limitação do estudo, haja visto o propósito dos estudos fenomenológicos de compreender os fenômenos e não explica-los. Desse modo, a conduta dos ACS pode estar relacionada a diferentes perfis que vão desde a incorporação de teses sociais que associam o consumo de drogas à condição de imoralidade e marginalidade historicamente construídas, ao próprio contexto de vulnerabilidade a que os ACS estão expostos, tendo que conviver em meio à violência e conflitos relacionados ao narcotráfico.

Diante dessas questões, compreendemos que o descuido do outro pode relacionar-se ao sentimento de medo e corresponde a uma tentativa do ACS de se proteger, cuidar de si. Nesta perspectiva, o estudo mostra-se relevante para a área da saúde mental, uma vez que possibilita aos trabalhadores e gestores da área refletirem sobre o contexto de vulnerabilidade a que os ACS estão expostos, o que dificulta o cuidado frente ao consumo de drogas.

Além disso, a compreensão da experiência ambígua do ACS traz subsídios para a Enfermagem, principal responsável pela coordenação de equipes na Atenção Básica, que poderá utilizar desse conhecimento para a elaboração de estratégias de cuidado no contexto do consumo de drogas, tanto voltadas aos consumidores quanto aos trabalhadores que cuidam na perspectiva comunitária.

Referências

- Anderson, P. (2009). Overview of interventions to enhance primary-care provider management of patients with substance-use disorders. **Drug and Alcohol Review**. v.28, n.5, p.567- 74.
- Bard, N.D. et al. (2016). Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24 (esp), p.1-7.
- Brasil. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (1990). Leis, decretos. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). 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 (DF): Ministério da Saúde.
- Brown, A.T. et al. (2013). Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. **Tennessee Medicine**. v.106, n.3, p.31-3.
- Coelho, H.V.; Soares, C.B. (2014). Practices in primary health care oriented toward the harmful consumption of drugs. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48 (Esp), p.111-9.
- Cordeiro, L. et al. (2014). Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.897-907.

Costa, P.H.A.C. et al. (2015). Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface**, Botucatu, v.19, n.53, p.395-404.

Garcia, M.L.T.; Leal, F.X.; Abreu, C.C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v.20, n.2, p. 267-76.

Heidegger, M. **Ser e Tempo**. (2012). Tradução: Fausto Castilho. 1. ed. Petrópolis: Vozes.

Huggett, K.N. et al. (2011). Substance use and dependence education in pre-doctoral dental curricula: results of a survey of U.S. and Canadian dental schools. **Journal of Dental Education**. v.75, n.8, p. 1003-9.

Lancetti, A. (2014). **Clínica Peripatética**. 9.ed. São Paulo: Hucitec.

Lopes, D.M.Q. et al. (2012). Community Health Agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p.633-40.

Machado, L.V.; Boarine, M.L. (2013). **Políticas Sobre Drogas no Brasil**: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, v. 33, n. 3.

Merleau-Ponty, M. (2012). **A prosa do mundo**. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify.

Merleau-Ponty, M. (2014). **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Sena, E.L.S.; Gonçalves, L.H.T. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p.232-40.

Sena, E.L.S. et al. (2010). Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 769-75.

Souza, I.C.W.; Ronzani, T.M. (2012). Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicol. estud.* Maringá, v.17, n.2, p.237-46.

Vargas, D.; Duarte, F.B.A. (2011). Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.20, n.1, p.119-26.

○ O que é educar em saúde? Apontamentos de uma experiência de formação no SUS¹⁴

13

Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena

○ Um caminhar para si

O contato mais íntimo com a preceptoría em saúde veio em 2012, após a inserção do programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém do Pará, onde trabalhei como Terapeuta Ocupacional da Clínica Médica.

Embora tenha atuado como professora em cursos de Especialização, principalmente na área da Gerontologia, era a primeira vez que desenvolveria atividades de ensino em serviço, o que me causou ansiedade e medo. Agora me recordo de uma passagem escrita por Morin (2010) quando cita Nietzsche, proclama ignorar os problemas que possam ser puramente intelectuais, expondo em seus escritos toda a sua vida e sua pessoa. Ao revisitar minha história profissional e pessoal, percebo que nunca fugi dos encontros, do diálogo. Atirei-me, sempre, para agir, refletir e reinventar.

Revedo minha trajetória desde que optei pela Terapia Ocupacional e, posteriormente, pela Gerontologia, assumidamente, fugi dos encontros disciplinares. Descobri uma predileção pelo saber interdisciplinar e pelo trabalho em equipe.

Em 2009, fui convidada a planejar e executar uma Oficina Cognitiva para idosos saudáveis, frequentadores de um Centro de Convivência para idosos que funcionava nas dependências de um hospital. O trabalho perdurou até dezembro de 2010 quando iniciei o Mestrado em Gerontologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Essa experiência suscitou muitas reflexões quanto à minha prática enquanto profissional do cuidado em saúde e do meu

¹⁴Parte da monografia apresentada para a obtenção do título de Especialista em Educação para preceptores no SUS do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Sírio-libanês através do Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

modo de ser no mundo, originando minha dissertação de Mestrado.

Ainda com resquícios de uma formação, que embora tentasse romper com a hegemonia do saber médico, da formação técnico-científica pautada na doença e nos procedimentos, a postura profissional adotada inicialmente, junto aos idosos, foi a de tentar “salvar” aqueles que buscavam cuidados. Porém, logo nos primeiros encontros, a rejeição do grupo ficou evidente e a mim coube reconhecê-los como um “possível de mim”.

Destronada do posto a que me alcei, esses sujeitos mostraram que embora necessitados de cuidado, ansiavam por um planejamento coletivo, um cuidar empático, sem imposições, que considerasse suas experiências de vida. Fui levada por esse fazer compartilhado, a repensar minha prática. Sem abandonar a técnica, me permiti ouvir esses sujeitos, tentando adequar as técnicas à realidade vivida por eles como sabiamente defendido por Beauvoir (1990), tentando entender como eles viviam suas velhices, destacando delas as constantes e dando as razões de suas diferenças. Esse inacabamento constante culminava num exercício de criatividade, de apropriação de conhecimentos, de valorização de saberes e de ressignificação de projetos.

A reflexão pautada nessa experiência descrita na minha dissertação de mestrado e meu fazer na assistência e na formação dos profissionais de saúde, impôs-me outras questões: O que é educar em saúde? Qual o melhor cenário para o ensino aprendizagem?

Retomando as questões sobre a formação dos profissionais do cuidado em saúde, iniciei as atividades como preceptora repleta de indagações, estranhamentos e com um entusiasmo pela oportunidade de produzir inovações. Admito que a função de preceptor foi sendo aprendida na prática, a partir dos encontros que estabeleci com os residentes, usuários e seus familiares e demais membros da equipe de saúde.

No calor dessas inquietações, outro desafio: em novembro de 2012 assumi a Coordenação da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana em Belém do Pará. Assistência, Formação e Gestão são temas recorrentes desde então.

Diante da oportunidade de especializar-me em Educação para Preceptores no SUS pelo Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), em 2014, vislumbrei a possibilidade de refletir e tentar responder as questões mencionadas, em concordância com o que aprendi como sendo a finalidade da assistência em saúde: o resgate da cidadania.

Ao relembrar os encontros e as metodologias utilizadas durante o curso ousou dizer que a proposta da especialização é produzir o desconforto para, enfim, produzir o desejo. Desejo de mudança dos processos de trabalho, de mudança dos processos de ensino-aprendizagem, de mudança das práticas do cuidado em saúde.

Dito isto, transcrevo algumas inquietações e desejos que se pronunciaram de forma mais contundente nos momentos denominados “Cine-viagem”, metodologia que utiliza filmes no intuito de promover reflexões. A proposta não é responder a todas as questões, mas provocar e dialogar com todos que buscam caminho; e lançam pontes.

● Para pensar o cuidado em saúde

No filme “Um golpe do destino”, William Hurt interpreta um médico de sucesso, rico e arrogante, que ao receber um diagnóstico de câncer trilha um percurso de ressignificação de sua vida e do seu estar no mundo. A ideia central do filme consiste numa crítica a desumanização dos profissionais de saúde que tratam das patologias e não dos sujeitos, os reduzindo a meros objetos de intervenção e pesquisas, sendo necessário que o protagonista passe de cuidador a paciente para refletir e problematizar a realidade.

Cabe traçar um paralelo entre o filme e a reflexão sobre o valor da doença que Nietzsche (2005, p. 178) faz em “Humano, demasiado humano” ao afirmar que “o homem que jaz doente na cama talvez perceba que em geral está doente de seu ofício, de seus negócios ou de sua sociedade, e que por causa dessas coisas perdeu a capacidade de reflexão sobre si mesmo: ele obtém esta sabedoria a partir do ócio a que sua doença o obriga”.

Tanto no filme quanto para Nietzsche a experiência do adoecimento possibilita o cuidado de si. Ao olhar para si, o sujeito se coloca em análise enquanto usuário e enquanto trabalhador do cuidado em saúde. Nessa perspectiva, o que é cuidar em saúde?

A palavra “cuidado” designa cautela, atenção e zelo (Houaiss, 2003). O cuidar é, portanto, a capacidade de fazer algo com atenção, tomar conta de outro ou de si mesmo. Contudo, essas definições não remetem a complexidade do que seja o cuidar em saúde.

O Dicionário da Educação Profissional em Saúde (Pereira, 2008) define o ‘Cuidado em saúde’ não apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem signi-

ficados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’.

Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos - respeitando as relações de etnia, gênero e raça - que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (Pereira, 2008, p. 110).

Observa-se que o cuidado é, portanto, um acontecimento produzido no encontro de sujeitos. Sujeitos potentes, desejantes, que precisam pactuar o cuidado garantindo a singularização do ato. Para tanto, faz-se necessário: captar a fala, escutar, dialogar, observar os espaços em que transita o usuário e identificar as relações estabelecidas. Para Souza e Abrahão (2006, p. 64) o cuidado com a vida significa necessariamente: “um cuidado com a alma, ou um olhar atento ao que há de singular na história de vida de cada um, na tentativa de abrir espaço para que o ‘estrangeiro’ ganhe expressão na consciência dentro do espaço terapêutico”.

Sobremaneira, cuidar significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos. Cuidar do outro é zelar pelo diálogo; a ação do diálogo é libertadora (Boff, 1999).

Introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também, pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (Pirolo et al apud Silva, 2013, p. 200).

O filme “Intocáveis”, baseado em fatos reais, conta a história de um aristocrata rico chamado Philippe (François Cluzet), que fica tetraplégico após sofrer um grave acidente. Diante da necessidade de ajuda para realização das atividades de autocuidado, busca um assistente, um cuidador. Para tal função, contrata Driss (Omar Sy), um jovem senegalês, problemático e com uma família desestruturada, inexperiente quanto aos cuidados de saúde que devem ser dispensados a um sujeito tetraplégico.

Aí residem questões centrais do filme. Formação técnica e científica são suficientes para o cuidado integral? Será que a formação técnica, apenas, garante um cuidado humanizado? Como devemos olhar o sujeito que adocece e precisa de cuidados? O filme retrata a dimensão cuidadora em torno de um bem-sucedido encontro de diferenças. Assim, desfilam cenas que abordam diferentes aspectos do cuidado, entre os quais: Alteridade e Autonomia.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) define Alteridade como a experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito presente no mundo das relações intersubjetivas. Assim, cuidar com alteridade significa olhar o outro enquanto sujeito em sua especificidade, com sua história de vida, projetos, desejos, diversidade cultural e social.

Outro aspecto do cuidado suscitado no filme é a Autonomia. Segundo o dicionário Houaiss (2003), ser autônomo pressupõe a capacidade de governar a si mesmo. Certamente, pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um cuidado que garanta a autonomia perpassa pelo reconhecimento da capacidade do sujeito de implicar-se na produção do modo de ser no mundo.

O diferencial no cuidado oferecido por Driss é um cuidar empático, sensível, intuitivo, que olha não para a doença e/ou limitação, mas para um sujeito desejante, que apesar da limitação pode ser convidado a decidir sobre seu tratamento e impelido a reinventar-se diante das exigências da vida. Um cuidado que não tutela e sim emancipa (Pires, 2005). Assim, no cuidado é imperativo estabelecer um diálogo que amplie o viver, sem diminuí-lo ou esvaziá-lo. Não significa um abandono das técnicas compostas por tecnologias historicamente e culturalmente definidas, mas, um resgate de tecnologias leves, entre elas a escuta e o acolhimento, que possibilitam um cuidado integral, como adverte De Benedetto:

A tecnologia nos permite fazer diagnósticos acurado e estabelecer a terapia mais apropriada a cada caso. Mas isso não é tudo. Exames subsidiários e máquinas não podem sentir a dor, o medo e a solidão da pessoa, elementos que certamente influenciam nos processos de cura ou palição (De Benedetto, 2010, p. 314).

A integralidade do cuidado é um dos princípios constitucionais do SUS. Visa garantir ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde e requer a constituição de uma rede de serviços, que ao integrar as ações, viabilize uma atenção integral (Brasil, 2008). De outro modo, a integralidade deve ser compreendida como a abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais (Brasil, 2008).

Para Barros (como citado em Silva, 2013) o desenvolvimento do princípio da integralidade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde traduz-se na im-

plicação da equipe em compreender e formular estratégias de modo a atender às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade (FIGURA 01).

Figura 01 - características do trabalho em equipes do cuidado em saúde

| TRABALHO EM EQUIPE |
|---|
| NECESSIDADE DOS USUÁRIOS |
| DIMENSÕES SOCIOCULTURAIS E COLETIVAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO SAÚDE - DOENÇA |
| INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E INTERDISCIPLINARIDADE |
| COMUNICAÇÃO E COMPTARTILHAMENTO DE AÇÕES E SABERES |
| MUDANÇAS NA FORMA DE ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE E DESTA COM OS USUÁRIOS |

Fonte: Proposto pela autora, baseado na Política Nacional de Humanização.

Segundo Silva et al (2013) a humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são metas atuais que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública. Defendem, ainda, que a humanização da atenção e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável, ou seja, é necessário reconhecer o usuário do serviço de saúde como um sujeito de direitos, autônomo, possibilitando condições para que o usuário seja participante no processo terapêutico. Desta forma, usuários e trabalhadores são estimulados a trabalhar em equipe, lidando com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde (Silva et al, 2013).

É esse território das ações cuidadoras, composto por encontros e singularidades, onde usuários e trabalhadores de saúde afetam-se mutuamente. O cuidado situa-se como a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida (Feuerwerker, 2014, p. 62).

A partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde no sentido da ampliação de sua rede de conexões existenciais.

○ Sobre a arte dos encontros em saúde

Em “Minhas tardes com Marguerite”, Gérard Depardieu interpreta Germain, um operário, semianalfabeto que inesperadamente se encontra com Marguerit-

te, que aos 95 anos tem como maior prazer a literatura. De forma geral, pode-se dizer que o filme trata de encontros, de afetos, que possibilitam uma nova entrada no mundo. O conhecimento é apresentado como o mais potente dos afetos.

Decerto a literatura prepara-nos para a vida, como descreveu Morin (2010) em seu livro “Meus demônios”. De acordo com o autor:

A literatura prepara-nos para a vida. Ela canaliza o movimento entre o real e o imaginário. Aleita nossos tropismos afetivos. No final da infância, ela nos dota de uma alma... Ela propõe moldes sobre os quais se vestirão nossas tendências individuais e este vestir, sejam roupas sob medida sejam de confecção, dará forma a nossa personalidade. Ela nos oferece antenas para entrar no mundo. Não quero dizer que ela nos adapta a este mundo: ao contrário, seus fermentos de rejeição e de inadaptação, seu caráter profundamente adolescente contradiz este mundo. Mas contradizem-no dando-nos acesso a ele (Morin, 2010, p. 20).

É através da literatura que Margueritte afeta G rmain. Nesse encontro, o conhecimento apreendido com a leitura de Camus, por exemplo, transforma G rmain, libertando-o da opressão materna e da discrimina o dos amigos. A cada encontro, os protagonistas, reinventam-se ao percorrer um itinerário ético, amoroso e libertador, que tem como pano de fundo a leitura de obras literárias selecionadas por Margueritte.

A no o de encontro explorada no filme nos remete a no o de encontro proposta por Espinoza que considera que a vida   produto de encontros e afec es, sendo os diferentes modos de existência produzidos por meio dos encontros que compomos na vida, que podem aumentar ou diminuir as nossas capacidades de pensar, sentir e agir (Deleuze, 2002).

Convém dizer que o encontro entre Margueritte e G rmain foi um bom encontro pois aumentou a potência de agir de ambos. Ao escrever sobre a obra de Espinoza, Deleuze propõe que um bom encontro   o que propicia um aumento da potência de agir e exemplifica, que “sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou uma ideia ameaçam a nossa coerência” (Deleuze, 2002, p.25).

Os maus encontros que G rmain têm ao longo da vida, seja com a mãe ou com os amigos, diminuem sua potência de ser e agir. Entretanto, ao compor um bom encontro com Margueritte, sua potência de existir aumenta, e ele passa a sentir alegria. Ser feliz   a proposta feita por Margueritte   G rmain. “Trata-se de conhecer para ser afetado, e ser afetado de tal forma que possamos viver felizes” (Martins, 2009, p. 17).

Se considerarmos que nossas vidas são uma sucessão de ideias que nascem de encontros diários cabe refletirmos sobre os encontros produzidos nos espaços de formação e de produção do cuidado. Como nos afetamos e somos afetados? Será que os encontros que compomos nesses espaços aumentam ou diminuem as nossas capacidades de pensar, sentir e agir?

Mundialmente conectados, nossas relações situam-se cada vez mais no campo da virtualidade. Para salvaguardar nossa coerência, evitamos os encontros, as aproximações reais, que tendem a ecoar em nós, desvelando nossas humanidades. Em outras palavras:

Nunca se presenciou entre os humanos uma tão acentuada potência capaz de articular e levar a cabo conjunções praticamente ilimitadas entre forças presentes ou atuantes no homem e os mais variados mini conjuntos do seu universo ambiente; ao mesmo tempo, nunca se viveu tão sistemático, cotidiano e envolvente sucateamento da humanidade (Orlandi, 2002 apud Feuerwerker, 2014, p. 161 - 162).

Em sua análise sobre a formação dos profissionais de saúde, Feuerwerker (2014) aponta que as escolas têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas e, acrescenta:

São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo (Feuerwerker, 2014, p. 127).

Para Teixeira (2002) esta postura de detentores do “fazer viver” deve-se, em parte, à formação, que desconsidera o saber dos sujeitos. Segundo a autora, somos formados acreditando ter a resposta para os males das pessoas e situamo-nos como proprietários do saber que deve ser repassado; assumindo uma postura de especialistas salvadores dos demais. Assim, somos facilmente inseridos em políticas de saúde que objetivam gerir as populações, instituindo verdadeiros programas de administração da saúde. Proliferamos discursos sobre como cuidar da saúde que partem da premissa que disponibilizar informação seria suficiente para dar aos indivíduos o poder de mudar seus hábitos ou práticas cotidianas, enfim seu estilo de vida, como se as decisões nesse campo se baseassem somente no uso da razão. Condicionantes sociais, econômicos e culturais não são considerados. A realidade, porém, é que a maioria da população do mundo não tem escolhas (Lopes, 2011).

Neste contexto, os saberes especializados na prevenção dos riscos de morrer e de adoecer ganham proeminência na sociedade. Seguimos construindo e desconstruindo individualidades e coletividades, segundo regiões, ida-

des, estilos de vida, e o que é perigoso se identifica por meio do cálculo de morbidade provável.

Tendemos a abusar de dados epidemiológicos, como sendo as únicas informações com credibilidade para planejar nossas intervenções (Teixeira, 2002). Esquadrinhamos, classificamos e impomos modos de vida. Opomos o doente ao saudável segundo as estatísticas de incidência de doenças e pesquisas que mensuram os riscos de morbidade de certos estilos de vida (Tótora, 2008). Como salienta Quaresma (ao citar Puijalon e Trincas, 2008, p. 23): “As etapas da vida já não são consideradas como etapas sucessivas numa história de vida única, mas como grupos sociais a gerir”.

Contrário a essa postura de detentores de um saber, Freire (2001) nos adverte que quanto mais ampliamos nossos conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituímos a visão ingênua e deformada, por uma visão crítica. Sobre isso, o autor observa:

Não devo julgar-me, como profissional, “habitante” de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos ignorantes e incapazes. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os “perdidos”, que estão fora. Se procedido assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente me alieno. Todavia, existe algo que deve ser destacado. Na medida em que o compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis - ação e reflexão sobre a realidade -, inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade (p. 20 - 21).

Partindo da premissa de que adoecer faz parte da processualidade própria do viver, Othero (2010) destaca que o adoecimento causa rupturas e mudanças de percurso e estabelece uma nova cotidianidade, que passa a ser ditada pela rotina do tratamento, instaurando assim um conjunto de novas atividades que chamam ao cuidado de si e que demandam espaço e tempo próprios, negociando território com os projetos de vida da pessoa.

A perspectiva de finitude da vida, apreendida com o adoecimento, surge como uma possibilidade de reinvenção de si, de redimensionamento de projetos, de retomada de diálogos com entes queridos e por fim, de transformação pessoal. “Abrir-se à vida é dispor-se a enfrentar todas as adversidades, com a alegria dos que fazem dessa aliança um aumento da potência de agir, inventando novas formas de existência” (Tótora, 2006, p. 28). Nesse sentido, devemos trabalhar a saúde, a produção do cuidado e os processos de formação como território de produção de encontros e de mútuas afetações em defesa da vida (Feuerwerker, 2014).

○ A preceptoria e a arte de inspirar

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul.
 Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.
 Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou muito de beleza.
 E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:
 - Me ajuda a olhar!
 (Galeano, 2002).

Tal como o menino em frente ao mar da poesia de Galeano, buscamos encontros que nos inspirem, onde possamos “olhar” a realidade para conhecer, problematizar, agir e refletir, encontros onde a escuta, o acolhimento, a ética e a compreensão são necessárias. Ao ter o mar como cenário, inspirar-se é quase uma obrigatoriedade, mas como inspirar em meio a dor e ao sofrimento? Como inspirar mediante vida e morte? Como inspirar em meio inóspito, por vezes árido e frio, que se tornaram alguns estabelecimentos de saúde? Como inspirar e ser inspirado pela realidade e especificidade dos serviços de saúde?

Para alguns, estas questões se impõem, cotidianamente, ao desenvolverem suas práticas em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, enquanto para outros, essas inquietações surgem quando se deparam com a função de preceptor de educandos, tanto de graduação quanto de pós-graduação, no seu local de trabalho. Os que têm o hábito de refletir sobre sua prática, respondem a essas questões facilmente. Porém, para os que assumem a posição de detentores de conhecimento, ou seja, que não permitem indagações e, portanto, não dialogam, abandonar o poder em favor de um processo de desenvolvimento e planejamento coletivo, ocasione conflitos e rupturas.

O filme “A língua das mariposas” explora a inocência de um garoto (Moncho) que passa a descobrir o mundo a partir da relação que estabelece com seu professor (Don Gregório). Às vésperas da Guerra Civil Espanhola, o sistema educacional reproduz a repressão e a violência da sociedade espanhola da época. Observa-se que a educação tradicional, coercitiva e punitiva, atemoriza os educandos. O filme convida a reflexão sobre o significado da educação e a atuação do professor com seus alunos: O que é educar? Quais os saberes necessários à prática educativa?

Segundo o Thesaurus Brasileiro de Educação desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), educação é o processo pelo qual o ser humano (indivíduo e coletividade) desenvolve

seu intelecto, suas potencialidades, sua cultura, satisfaz suas necessidades e se torna agente de sua história interagindo constantemente com o meio (Mohr, 2011). (INSERIR NAS REFERÊNCIAS)

A postura do professor Don Gregório, no processo de ensino-aprendizagem, cria possibilidades para a produção e construção do conhecimento, superando o autoritarismo e a educação bancária, permitindo que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor experimentem assumir-se “como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar” (Freire, 1996, p. 41).

Mais do que teorias, Don Gregório ensina novas posturas perante o mundo, assumindo a prática docente enquanto dimensão social da formação humana, advertindo, tal como Freire (1996), para a necessidade de uma postura vigilante contra todas as práticas de desumanização. Nas palavras do autor: “Quando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho - a de ensinar e não a de transferir conhecimento” (Freire, 1996, p. 47).

Outro aspecto relevante tratado no filme é o ensino da Compreensão. Para Morin (2000) o problema da compreensão tornou-se crucial para os humanos. E, por este motivo, deve ser uma das finalidades da educação do futuro. Morin (2000) adverte que a comunicação não garante a compreensão e identifica duas formas de compreensão: a compreensão intelectual ou objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. Para o autor:

Compreender significa intelectualmente apreender em conjunto, compreender, abraçar junto (o texto e seu contexto, as partes e o todo, o múltiplo e o uno). A compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela explicação. Explicar é considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. A explicação é bem entendido, necessária para a compreensão intelectual ou objetiva. A compreensão humana vai além da explicação. A explicação é bastante para a compreensão intelectual ou objetiva das coisas anônimas ou materiais. É insuficiente para a compreensão humana (Morin, 2000, p. 94-95).

E acrescenta:

Esta comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Por conseguinte, se vejo uma criança chorando, vou compreendê-la, não por medir o grau de salinidade de suas lágrimas, mas por buscar em mim minhas aflições infantis, identificando-a comigo e identificando-me com ela. O outro não apenas é percebido objetivamente, é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco, o ego alter que se torna alter ego. Compreender inclui, necessariamente, um processo de empa-

tia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade (Morin, 2000, p. 95).

Ao pedir abertura a compreensão convida ao diálogo. Assim, constata-se que ensinar a compreender pressupõe ensinar a dialogar. Magistralmente, as práticas educativas de Don Gregório, convidam a compreensão e ao diálogo. Neste sentido, Freire (1996) defende que ensinar exige disponibilidade para o diálogo. Ao abrir-se para o mundo, para os outros, o educador inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconcluso em permanente movimento na História. Sendo assim:

Preciso, agora, saber ou abrir-me à realidade desses alunos com quem partilho a minha atividade pedagógica. Preciso tornar-me, se não absolutamente íntimo de forma de estar sendo, no mínimo, menos estranho e distante dela (Freire, 1996, p. 136).

O filme destaca, ainda, a necessidade da leitura, da pesquisa, da busca do conhecimento, tanto para a formação dos professores quanto para a formação dos educandos. Decerto, faz parte da natureza da prática docente a indagação, a busca, a pesquisa. Para tanto, Freire (1996) afirma que não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. “Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade” (Freire, 1996, p. 29).

Ao ensinar preciso estabelecer um diálogo, isso significa que o preceptor e o educando precisam aprender. Cada pessoa, cada grupo social precisa descobrir a seu modo, as dimensões e possibilidades da realidade. Nesse processo, se valoriza o saber de todos. A técnica é composta por tecnologias historicamente e culturalmente definidas. Na ação, é preciso que o técnico saiba redimensionar o próprio saber, saiba transitar em relações de alteridades sociais e culturais.

Na prática, a problematização do cotidiano possibilitará confrontar e validar informações científicas, engajando-os enquanto cidadãos, detentores de um saber gerador de transformações. Nas palavras de Freire (1979, p. 20-21):

O importante é advertir que a resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem, cada vez um pouco mais, e sempre de modo diferente. “Pelo jogo constante destas respostas o homem se transforma no ato mesmo de responder”, diz Paulo Freire. No ato mesmo de responder aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida, o homem se cria, se realiza como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação... todas essas coisas pelas quais se cria a pessoa e que fazem dela um ser

não somente “adaptado” à realidade e aos outros, mas “integrado”.

Por fim, acredito que ensinar é assumir uma postura ética diante do mundo, reconhecendo-se enquanto ser histórico, crítico, dialógico, compreensivo, amoroso. É responsabilizar-se por um discurso e uma prática ética e comprometida com o respeito à dignidade humana e a autonomia dos sujeitos. É ter uma vida intelectual inseparável da vida. É ter consciência do inacabamento. É aventurar-se, aprendendo a enfrentar a incerteza. “O conhecimento é, pois, uma aventura incerta que comporta em si mesma, permanentemente, o risco de ilusão e de erro” (Morin, 2000, p. 86).

○ Referências

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 4. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Beauvoir, S. de. (1990). **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Boff, L. (1999). **Saber Cuidar Ética do humano** - compaixão pela terra. Editora Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro.

De Benedetto, M. A. C. (Org.). (201). **Era uma vez.... Narrativas em Medicina**. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. Disponível em: http://www.sobramfa.com.br/artigos/2010_mai_paliativos_era_uma_vez.pdf

De Benedetto, M.A.C. (2010). **Entre dois continentes**: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. O Mundo da Saúde, São Paulo: 34(3):311-319. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/311a319.pdf.

Deleuze, Gilles. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002, 144p.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). **Micropolítica em saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 174p.

Feuerwerker, L. C.M. (2011). As Identidades Do Preceptor: Assistência, Ensino, Orientação. In: Ribeiro, V. M. B. (Org.). **Formação Pedagógica de preceptores do ensino em Saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 29-36.

Freire, P. (1979). **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire / Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

Freire, P. (1981). **Pedagogia do oprimido**. 17ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

Freire, P. (1996). **Ação cultural para a liberdade**. 5ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Freire, P. (1983). **Extensão ou comunicação?** 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (2001). **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. 24º Ed. São Paulo: Editora Paz e Terra.

Galeano, Eduardo. O livro dos abraços. 9. ed. - Porto Alegre: L&PM, 2002. 270p.
Grossman, E.; Cardoso, M. H. C. de A. (2014). As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, Apr. 2006. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 09 nov de 2018.

Houaiss, A. (2003). **Minidicionário Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva.

Lopes, C. (2011). Risco: conceito fundamental em permanente discussão. In: **Fiocruz**. Radis. Nº 1 0 6.

Martins, A. (2009). **O mais potente dos afetos**: Spinoza e Nietzsche. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Campos et al. (orgs.) - **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público**. Xamã, São Paulo.

Mohr, Adriana (2011). A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: Ribeiro, V. M. B. (Org.). **Formação Pedagógica de preceptores do ensino em Saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 53-66.

Minayo, M. C. S. (2000). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec.

Morin, E. (2010). **Meus demônios**. 5a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro** /Edgar Morin ; tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. - 2. ed. - São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.

NIETZSCHE, F. Humano, demasiado humano. **Tradução, notas e posfácio**: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

Othero, M. B. (2010). **Terapia Ocupacional**: práticas em oncologia. São Paulo: Roca.

Pereira, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 5, supl. 1, p. s71-s81, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000500008>.

Souza, E. C.; Abrahão, M. H. M. B. (Orgs). (2006). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Quaresma, M. de L. B. (2006). Envelhecimento: questões de gênero. In: CÔRTE, Beltrina. Mercadante, E. F. Arcuri, I. G. (org). **Envelhecimento e velhice**: um guia para a vida. São Paulo: Vetor, p. 49-76.

Teixeira, M. B. (2002). **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 105 p.

Tótora, S. (2008). Apontamentos para uma ética do envelhecimento. In: Núcleo De Estudo E Pesquisa Do Envelhecimento. Programa De Estudos Pós-Graduados Em Gerontologia. **Revista Kairós: Gerontologia**. São Paulo: PUC-SP, 11(1), jun., p. 21-38.

Tótora, S. (2006). Ética da vida e o envelhecimento. In: Côrte, B.; Mercadante, E. F.; Arcuri, I. G. (org). **Envelhecimento e velhice**: um guia para a vida. São Paulo: Vetor.

Silva, E. P. et al. (2013). Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências**

da Saúde, v. 17, n. 2, p. 197-202.

Souza, E. C. de; Abrahão, M. H. M. B. (Orgs). (2006). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Silva, E. P. et al. (2013). **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 2, p. 197-202.

SOBRE AUTORES E AUTORAS

14

Aiodelle Machado

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
E-mail: aiodellemachado@gmail.com

Ana Ecilda Lima Ellery

Psicóloga clínica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora visitante da Universidade Federal do Ceará, no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: ana.ellery@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Médico. Doutor em Educação pela UFRGS. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Professor e pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural e no Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES/UNAM). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Antônia Cristina Jorge

Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Vice Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Universidade Estadual do Ceará. E-mail: acrisjorge@gmail.com

Bárbara Santos Ribeiro

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pelo PPGES/UESB. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES-UESB). E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com

Brena Costa de Oliveira

Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: brena_oliveira5@hotmail.com

Clara Wirginia de Moura Queiroz

Fisioterapeuta. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada

em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará- campus Sobral. E-mail: clarawirginia@outlook.com

Camila Campos Colares das Dores

Graduação em Ciência da Computação. Mestrado em Ciência da Computação pela Universidade Estadual do Ceará. Docente e coordenadora dos cursos de Redes de Computadores e Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Faculdade CDL. E-mail: camilacamposcolares@gmail.com

Camila Fabiana Lemos Francescato

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. E-mail: camilaf.lemos@bol.com.br

Carlos A. S. Garcia Jr

Psicólogo. Mestre em Educação pela UFSM. Doutor pelo Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas pela UFSC. Docente curso medicina Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI). E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Caroline Morsch

Acadêmica do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: carolmorsch95@gmail.com

Daniel Pereira de Amorim

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Piauí - UESPIE E-mail: danielmineira@outlook.com

Daniele Noal Gai

Graduada em Educação Especial pela Universidade Federal de Santa Maria (2003). Mestre em Educação e Arte pela UFSM (2008). Mestre em Processo de Inclusão pela URGs (2008). Doutora em Ensino na Saúde pela URGs (2015). Docente da URGs. E-mail: daninoal@gmail.com

Darci de Oliveira Santa Rosa

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem USP. Professora Associada do curso de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem na UFBA. E-mail: darcisantarosa@gmail.com

Denise Bueno

Farmacêutica. Professora associada do Departamento de Produção e Controle de

Medicamentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação Assistência Farmacêutica. Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

Doriane Périco Lima

Advogada e Psicóloga Especialista. Bolsista da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz para o Projeto Mais Médicos para o Brasil. E-mail: doriane.perico@gmail.com

Edite Lago da Silva Sena

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela UFSC. Professora Titular do Departamento de Saúde II e do PPGES da UESB. E-mail: editelago@gmail.com

Elisiane Bisognin

Enfermeira. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIUI/FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR. E-mail: elisbisognin@yahoo.com.br

Heloísa Germany

Graduada em Artes Visuais. Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde mental pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialização em Especialização em Cinema pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do curso de medicina do Núcleo de Ciências da Vida/ Centro Acadêmico do Agreste. E-mail: heloisagermany@gmail.com

Hengrid Graciely Nascimento Silva

Fisioterapeuta. Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Docente da Faculdade Evangélica do Piauí E-mail: hengrid_graciely@hotmail.com

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Mestrado em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla - UECE - UFC-UNIFOR pela Universidade Estadual do Ceará. Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará e professora do Instituto de Estudos, Pesquisas e Projetos da UECE.

Ivana Cristina De Holanda Cunha Barreto

Médica. Doutora em Pediatria. Pesquisadora da Fiocruz Ceará. Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Mestrado Profissional Saúde da Família - PROFSAUDE na Fiocruz Ceará. E-mail: ivana.barreto@yahoo.com.br

Jessica Lourenço Carneiro

Enfermeira. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: Jessica_lc14@msn.com

Joyce Hilario Maranhão

Psicóloga. Psicopedagoga. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-campus Sobral. E-mail: joyce_hilario@hotmail.com.

Júlio Cesar Schweickardt

Cientista Social. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz - COC/Fiocruz. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail: julio.ilm@gmail.com

Karla Renata de Oliveira

Farmacêutica. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. E-mail: karla@unijui.edu.br

Leilane Menezes Maciel Travassos

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade Santa Maria de Cajazeiras e psicóloga da Prefeitura Municipal de Cajazeiras. E-mail: leilanemacielpsico@yahoo.com.br

Letícia Graziela Lopes França

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Pós-graduanda em Fisioterapia traumato-ortopédica e desportiva com ênfase em terapia manual. E-mail: le.grazi64@gmail.com

Lídia Helena Bezerra Azevedo

Nutricionista. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará- campus Sobral. E-mail: lidiahba@gmail.com

Lucas Queiroz Sobrinho

Enfermeiro. Mestre pelo PPGES-UESB. E-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com

Lucas Rodrigo Batista Leite

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso. Bolsista do PET Conexões de Saberes "Universidade, Saúde e Cidadania". E-mail: lrbatista2@gmail.com

Michele Vicente Torres.

Mestre em Saúde Pública (FSP-USP), Professora Assistente das Disciplinas de Estágio Supervisionado do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: michellevicento@yahoo.com.br

Mónica Padilla

Médica. Coordenadora de Capacidades Humanas para a Saúde do escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. E-mail: padillamo@paho.org

Maria Mabel Nunes de Moraes

Psicóloga. Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: mabelmoraespsi@gmail.com

Nancy Nay Leite de Araujo Loliata Batista

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira da Equipe de Saúde da Família do município de Teresina/PI. Docente da Faculdade Santo Agostinho - PI. E-mail: nancyloiola@uol.com.br

Nara Maria Holanda de Medeiros

Enfermeira. Doutora em Ciências com pesquisa sobre educação interprofissional em saúde. Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, Doutoranda do Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde/Unifesp. Docente convidada da disciplina de Educação Interprofissional do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. E-mail: nm.holanda.medeiros@uol.com.br

Patrícia Anjos Lima de Carvalho

Enfermeira. Mestre em enfermagem e Saúde. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela UESB. Docente assistente do Curso de Enfermagem da UESB. E-mail: patricia.anjos3@gmail.com

Paolla Zellya Borges

Odontóloga. Participou do Projeto de Extensão em Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS. Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Grupo Hospitalar Conceição (2019-2021). E-mail: paolla.borges@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim

Sanitarista. Mestre em Educação. Doutor em Psicologia, Pós-Doutor em Antropologia Médica, Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS- Educação em Saúde). Pesquisador CNPq nível 2 - Educação e Ensino da Saúde. E-mail: burgceccim@gmail.com

Roberta Duarte Maia Barakat

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: robertadumaia@gmail.com

Roseli Mai

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. E-mail: roseli_mai@yahoo.com

Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva

Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestranda em Administração em Saúde, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará – Curso Tecnológico em Gestão Hospitalar e está Supervisora do Núcleo de Valorização, Negociação e Educação no Trabalho - NUVEN da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Sâmia de Carliris Barbosa Malhado

Psicóloga. Doutoranda pelo PPGES-UESB. E-mail: carliris@gmail.com

Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena

Terapeuta Ocupacional. Especializando em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - FIOCRUZ/UFGA e em Gerontologia pela PUCMinas. Mestre em Gerontologia Social pela PUCSP. Gerente de Educação Permanente da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).

Valéria Baccarin Janiski

Nutricionista. Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. E-mail: vale-riaijaniski@yahoo.com.br

Valeria Monteiro Beserra Da Silva

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual do Piauí, pós graduanda em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva com ênfase em Terapia Manual.
E-mail: lerinha0609@hotmail.com

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.



ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801