

SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE

VOLUME 4, NÚMERO 1, AGOSTO 2020



**NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE,
O PROBLEMA DO CONHECIMENTO**



ISSN 0100000-31 132

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL
FACULDADE DE MEDICINA DA UFRGS**



Saberes Plurais: Educação na Saúde

Revista eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (v. 4, n. 1, agosto 2020)

Editor sênior

Paulo Peixoto de Albuquerque, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Editora chefe

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Editores assistentes

Fabiana Schneider Pires, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Luiz Fernando Calage Alvarenga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Mariangela Kraemer Lenz Ziede, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Conselho Editorial

Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Carmen Lucia Bezerra Machado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Clécio Homrich da Silva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Cristine Maria Warmling, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Daniel Demétrio Faustino-Silva, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil

Daniilo Blank, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Denise Bueno, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Elizabeth Buenabad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Luiz Fernando Calage Alvarenga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Franklin Delano Soares Forte, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil

Jaqueline Alcantara Marcelino da Silva, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil

Marcela Inés Bella, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Marcelo Zubaran Goldani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Rafael Arenhaldt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Roger dos Santos Rosa, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil

Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/Campus

Baixada Santista, Brasil

Copyright:

Permitidas cópia, distribuição, exibição e utilização dos conteúdos nas seguintes condições: mencionar a fonte de atribuição (título do texto, autoral, editorial, ano); não se permite a utilização dos textos para fins comerciais. Manter essas condições para outros espaços educativos: somente está autorizado o uso parcial ou alterado dos textos para a produção de outros documentos sempre que estas condições de licença se mantenham para o texto resultante.

<http://seer.ufrgs.br/saberesplurais>

Contato: saberesplurais@ufrgs.br

Sumário

Editorial

- (Re)inventando saberes, práticas e vida em meio à pandemia COVID-1903
Fabiana Schneider Pires, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Comentários

- Epidemiologia em tempos da pandemia COVID-1906
Paulo Cauhy Petry

Artigos especiais

- Ensino na saúde em tempos de COVID-19: uma relação necessária11
Paulo Peixoto de Albuquerque

Experiências docentes e discentes

- Territorialização na Atenção Básica em Marabá-PA: relato de experiência22
Gabriel Brito Procópio, Carlos Podalirio Borges de Almeida

- A inserção do curso de Psicologia no PET-Saúde interprofissionalidade: um relato de experiência.....41
Luana Kethlyn Bellini, Viridiane Klabunde Carabagialle, Evilin Fontana, Fábio Zanuzzo, Graciela Soares Fonsêca

Ensaio e debates

- Das manhãs e do amanhã: seis pedagogias para a universidade53
Rafael Arenhaldt

Pesquisas

- O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias62
Renata Riffel Bitencourt, Manuella Goulart Buchmann, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz, Cristiane Machado Mengatto, Juliana Rombaldi Bernardi, Vanuska Lima da Silva, Fabiana Schneider Pires

- Avaliação de desempenho: instrumento para identificar necessidades de práticas educativas nas equipes de Atenção Primária em Porto Alegre – RS79
Fernanda Picetti dos Santos, Mariana Santiago Siqueira, Roger dos Santos Rosa

- Saúde bucal na puericultura: resultados de uma atividade educativa voltada a enfermeiros e médicos na Atenção Primária à Saúde.....99
Mariana Loch dos Reis, Daniel Demétrio Faustino-Silva

Resenhas

- Elogio de la lentitud: un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad113
Paulo Peixoto de Albuquerque

Boletim informativo

- Integração ensino-serviço e os processos de trabalho em saúde: cartografia de um programa de residência sob a ótica da gestão municipal117
Leonardo Rodrigues Piovesan, Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires

- Integração ensino-serviço e os processos de trabalho em saúde: cartografia de um programa de residência sob a ótica da instituição formadora123
Leonardo Rodrigues Piovesan, Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires

Editorial

(RE)INVENTANDO SABERES, PRÁTICAS E PRODUÇÃO DE VIDA EM MEIO À PANDEMIA COVID-19

2020...Neste ano tão desafiador para nossas ‘humanidades’, organizar a edição semestral da revista Saberes Plurais em meio ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil e no mundo, trouxe-nos uma responsabilidade latente de mobilização e de produção de conhecimentos interdisciplinares/interprofissionais/interrelacionais, convocando os saberes produzidos na Universidade e no Sistema Único de Saúde (SUS), entre a educação/educadores e o trabalho/trabalhador em/da saúde.

Nossa edição não poderia deixar de abordar a pandemia, tão próxima de todos, causando apreensões, medos, angústias e despertando em cada um de nós, leitores, profissionais da saúde, educadores, estudantes, uma força coletiva para produção de novos arranjos para a educação e para o trabalho.

Como estreia da seção Comentários, o epidemiologista Paulo Cauhy Petry apresenta o texto ‘Epidemiologia em tempos da pandemia COVID-19’ e destaca a Epidemiologia como ferramenta estratégica para o planejamento de ações sanitárias coletivas necessárias para o enfrentamento desta pandemia. Promove uma reflexão sobre os desgovernos na condução de uma política que desconsidera o conhecimento da ciência (a epidemiologia, a infectologia, a farmacologia, entre outros) para o enfrentamento da emergência socio sanitária.

O artigo especial do editor sênior da revista, Paulo Peixoto de Albuquerque, ‘Ensino na saúde em tempos de COVID-19: uma relação necessária’, discute o tema da educação e ensino na saúde no contexto da crise sanitária causada pela COVID-19, incorporando os saberes da comunidade, do trabalho(r) da saúde e da Universidade, incorporando os conceitos de responsabilidade social e do agir colaborativo.

As publicações que se seguem trazem a intencionalidade de práticas de educação na saúde e suas interações com o SUS. Como cenário de aprendizagens para cursos de graduação, o SUS é reforçado nos relatos de experiência apresentados por Gabriel Brito Procópio e Carlos Podalirio Borges de Almeida – ‘Territorialização na Atenção Básica em Marabá - PA’, e por Luana Kethlyn Bellini e colaboradores – ‘A inserção do curso de Psicologia no PET-Saúde Interprofissionalidade.

Cabe destaque para o artigo de resultados de pesquisa desenvolvida no âmbito de uma das políticas indutoras mais persistentes no país: o Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), de autoria de Renata Riffel Bitencourt e colaboradores – ‘O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias’.

As duas publicações geradas no contexto do PET-Saúde são trabalhos que ressaltam a importância de projetos que promovam a integração ensino-serviço-comunidade, com foco no desenvolvimento do SUS, alinhando a formação em saúde às práticas profissionais, colaborativas e em equipe.

No texto ‘Das manhãs e do amanhã: seis pedagogias para a universidade’, Rafael Arenhaldt nos leva a um agradável exercício reflexivo, de caráter ensaístico, apresentando inquietações sobre a Universidade. Além da ótima reflexão, é um artigo extremamente oportuno para que possamos repensar os percursos de formação, o papel pedagógico de uma formação para uma sociedade plural, justa, diversa e igualitária.

O tema da educação em saúde é discutido no contexto das equipes de Atenção Primária na pesquisa de Fernanda Picetti dos Santos, Mariana Santiago Siqueira e Roger dos Santos Rosa, intitulada ‘Avaliação de desempenho: instrumento para identificar necessidades de práticas educativas nas equipes de Atenção Primária em Porto Alegre - RS’.

Mariana Loch Reis e Daniel Demétrio Faustino-Silva destacam no artigo ‘Saúde bucal na puericultura: resultados de uma atividade educativa voltada a enfermeiros e médicos na Atenção Primária à Saúde’ a importância da avaliação de atividades de Educação Permanente em Saúde para que sejam ao mesmo tempo um instrumento e um movimento com trabalhadores, que efetivamente despertem o saber-fazer de forma potente para modificar os conhecimentos, as práticas e as atitudes de profissionais de saúde.

A resenha do livro ‘Elogio de la lentitud: Un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad’, de Paulo Peixoto de Albuquerque, nos brinda com a reflexão sobre a vida, o cotidiano e a passagem do tempo a partir de uma lógica social a ser captada no contraponto da normalidade e da velocidade, da produtividade, pois a rapidez no produzir investe-se de valores a serem assumidos por todos. O texto é um convite para compreendermos e estabelecermos um equilíbrio entre a vida e o tempo.

Para encerrar a edição, dois Boletins de caráter técnico-científico divulgam resultados de pesquisa de integração ensino-serviço, dos autores Leonardo Rodrigues Piovesan, Cristine Maria Warmling e Fabiana Schneider Pires.

Nesta edição, de modo especial, desejamos mais do que uma boa leitura. Convidamos os leitores, a buscarem a inter(ação) destes conteúdos às suas práticas de educação, de trabalho e de vida.

Fabiana Schneider Pires¹, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²

Editoras

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspres@gmail.com

² Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Comentários

EPIDEMIOLOGIA EM TEMPOS DA PANDEMIA COVID-19

EPIDEMIOLOGY IN PANDEMIC TIMES, COVID-19

EPIDEMIOLOGÍA EN TIEMPOS PANDÉMICOS COVID-19

Paulo Cauhy Petry¹

Resumo

Este texto traz uma reflexão sobre a COVID-19, uma doença nova e que, desde o onze de março de 2020, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia, atingindo proporção global. Produzida na emergência dos acontecimentos, observa-se que, com seu impacto avassalador, o novo coronavírus já atingiu, em junho de 2020, 188 países, contaminou mais de 12 milhões de pessoas, matando mais de 551 mil delas. Neste contexto, a Epidemiologia, como campo do conhecimento, com seus conceitos e objetivos, reafirma ser uma ferramenta estratégica para o planejamento de ações sanitárias coletivas necessárias para o enfrentamento desta pandemia.

Palavras-chave: Pandemias. COVID-19. Epidemiologia.

Abstract

The purpose of this text was to bring up a reflection on a new disease, COVID-19, a global disease that forced the World Health Organization (WHO), on March 11, 2020, to declare that it was in a pandemic is under way. When reviewing, the literature produced in the emergence of events, it is observed that, with its overwhelming impact, the new coronavirus has already reached 188 countries in June 2020, infected more than 12 million people, killing more than 551 thousand of them. In this context, Epidemiology, as a field of knowledge, with its concepts and objectives, reaffirms to be a powerful tool for planning collective health actions necessary to face this pandemic.

Keywords: Pandemics. COVID-19. Epidemiology.

Resumen

El propósito de este texto fue traer una reflexión sobre el COVID-19, una enfermedad global que obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2020, a declarar que se estaba produciendo una pandemia. Al revisar la literatura producida en la aparición de eventos, se observa que, con su impacto abrumador, el nuevo coronavirus ya ha llegado a 188 países en junio de 2020, contaminado a más de 12 millones de personas, matando a más de 551 mil de ellos. En este contexto, la Epidemiología, como campo de conocimiento, con sus conceptos y objetivos, reafirma ser una herramienta poderosa para planificar acciones colectivas de salud necesarias para enfrentar esta pandemia.

Palabras-clave: Pandemias. COVID-19. Epidemiología.

¹ Cirurgião-dentista. Mestre e Doutor em Epidemiologia. Professor Associado do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: petry.paulo@gmail.com

Dentre os fatos que marcam definitivamente a história da humanidade em todos os tempos, estão as guerras, revoluções e epidemias. Neste momento, lamentavelmente, estamos enfrentando algo inédito em nossas vidas, a pandemia de uma nova doença, a COVID-19. De forma profética, o físico britânico Stephen Hawking, afirmou em 2016 (SHUKMAN, 2016), que o ser humano corria o risco de enfrentar perigos criados por ele mesmo, como guerras nucleares, aquecimento global e a disseminação de algum tipo de vírus.

Pois esta suposição agora se confirma, o Sars-CoV-2, mundialmente conhecido como o novo coronavírus é o responsável pela pandemia da COVID-19, doença que causa muitos sinais e sintomas, produzindo graves alterações, especialmente no trato respiratório. No dia 31 de dezembro de 2019, a China informou à Organização Mundial da Saúde (OMS) que um vírus, até então desconhecido, foi identificado na província de Hubei e estava rapidamente espalhando-se pelo país. Com sua disseminação vertiginosa, a OMS declarou no dia 11 de março de 2020, que estava em curso uma pandemia. Em Epidemiologia, este termo é usado para descrever a situação em que uma doença infecciosa atinge grande número de pessoas ao redor do mundo, simultaneamente.

Para compreendermos melhor estes conceitos, precisamos recorrer aos princípios da Epidemiologia. Reconhecida como uma ciência essencialmente populacional, a Epidemiologia se baseia nas ciências sociais para a compreensão da estrutura e da dinâmica sociais, na matemática para noções estatísticas de probabilidade, inferência e estimação e nas ciências biológicas para o conhecimento do substrato orgânico humano onde as manifestações observadas encontrarão expressão individual (SUSSER, 1987).

Nos últimos anos, observamos um aumento extraordinário da participação e protagonismo da Epidemiologia para a abordagem de questões relacionadas à saúde coletiva, bem como sua contribuição para a prática clínica. A Epidemiologia, que como campo científico aflorou na metade do século XIX e se consolidou no início do século seguinte, é atualmente utilizada como uma poderosa ferramenta científica na área da saúde, fornecendo bases racionais para o planejamento e implementação de programas preventivos e de promoção de saúde.

Este campo científico tem valor inestimável na condução de investigações clínicas, permitindo a avaliação de tratamentos inovadores ao possibilitar a comparação da efetividade de novos medicamentos com terapias já conhecidas e utilizadas. A partir de estudos epidemiológicos chamados ensaios clínicos randomizados, é possível, por exemplo, avaliar o sucesso de uma nova vacina, uma vez que se pode testar sua segurança e efetividade.

Assim, a Epidemiologia pode ser entendida como o estudo da ocorrência e distribuição de doenças, agravos, estados ou eventos relacionados à saúde em grupos populacionais

específicos, a análise de fatores que influenciam ou determinam essa ocorrência e a aplicação desses conhecimentos para o controle de problemas de saúde em grupos populacionais (LAST, 1983).

A partir do momento em que fatores causais ou etiológicos para diferentes enfermidades podem ser identificados, abre-se o caminho para a redução ou até mesmo eliminação destas exposições, o que permitirá o desenvolvimento de bases racionais para a elaboração, planejamento e condução de programas de promoção de saúde, prevenção ou redução de danos, como por exemplo, o desenvolvimento de vacinas e/ou tratamentos adequados (PETRY, 2020).

Os estudos epidemiológicos permitem um melhor direcionamento de esforços preventivos, como programas de triagem para detecção precoce, ao tornar possível a determinação da extensão da ocorrência de doenças ou agravos e ao oferecer um panorama descritivo sobre a forma como se distribuem e a magnitude com que ocorrem as doenças, identificando grupos populacionais específicos com maior probabilidade (risco) de adoecer.

É possível afirmar que a Epidemiologia possibilita, de maneira cientificamente fundamentada, a elaboração de políticas públicas ao gerar dados e informações que subsidiem o planejamento, a execução e avaliação de ações de prevenção, controle e tratamento de doenças.

Nesta pandemia, de modo especial, precisaremos da Epidemiologia, pois é imprescindível que se faça uma análise ampla e fundamentalmente científica do que está acontecendo no Brasil e no mundo. Inicialmente, é necessário que sejam refutadas quaisquer comparações de mortalidade ou letalidade da COVID-19 com outras doenças como Febre Amarela, Chikungunya, Zika, Dengue ou H1N1, entre outras. A grande e decisiva importância das medidas de distanciamento social reside na redução da velocidade de contaminação. Somente com um retardo na curva evolutiva de novos casos (incidência), poderemos nos preparar com maior eficácia, aumentando a quantidade de profissionais, leitos, equipamentos de proteção, estoques de medicamentos, etc.

Protagonista deste verdadeiro drama planetário, o vírus se alastrou muito rapidamente e, conforme dados da Universidade Johns Hopkins de agosto de 2020, havia atingido 188 países, contaminando cerca de 18 milhões de pessoas, matando mais de 700 mil delas (JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER, 2020). No Brasil, temos ainda um importante problema de subnotificação de dados: a segunda fase do estudo coordenado pelo Centro de Pesquisas em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com o Ministério da Saúde ‘Evolução da Prevalência de Infecção por COVID-19 no

Brasil: Estudo de Base Populacional EPICOID19-BR', realizado entre os dias 04 e 07 de junho em 133 municípios, estima que para cada caso confirmado pelas estatísticas oficiais, existem seis casos reais na população dos principais centros urbanos brasileiros (BRASIL, 2020a).

No Rio Grande do Sul, ainda que tenha diminuído a subnotificação, para cada caso notificado, estima-se que haja outros três que não foram reportados às autoridades sanitárias. Assim, medidas importantes com as taxas de incidência e letalidade que se baseiam no número de casos confirmados apresenta um panorama distorcido, o que pode levar a de decisões errôneas (BRASIL, 2020a).

Para além de qualquer dogma político-partidário e, embora de forma trágica, o novo coronavírus foi competente em escancarar determinadas situações, dentre as quais, duas se destacam. A primeira lição é o reconhecimento do valor de nosso Sistema Único de Saúde (SUS), que alicerçado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, evidencia a questão da saúde como um direito de cidadania. Infelizmente, estamos pagando com muitas vidas a imprevidência do descaso a um dos sistemas de atenção à saúde mais bem arquitetados do mundo. Impressiona a fala de um ex-ministro da saúde, sugerindo oração, paciência, fé e pedindo força para o SUS, pois é o mesmo cidadão que em 2016, votou a favor da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, que retirou do setor quase 23 bilhões de reais. Mas, como ensinou Johann von Goethe, se você não perdeu a capacidade de raciocinar, não tenha medo de mudar de opinião...

A segunda lição é o verdadeiro crime representado pela falta de investimento em pesquisa, ciência, tecnologia e inovação, lamentavelmente com prognóstico sombrio e de futuro ameaçado no Brasil. Observamos repetidas tentativas de sucateamento das universidades públicas, verdadeiros centros de excelência, que respondem por mais de 90% da produção científica do país.

Por fim, o coronavírus descortinou também a leviandade da alocação de recursos para construção de estádios de futebol em estados como Amazonas (3.146 mortes, em 20/07/2020), Ceará (7.185 mortes, em 20/07/2020) e Pernambuco (6.036 mortes, em 20/07/2020), cuja população que hoje vivencia falta de leitos, insumos e equipamentos hospitalares, além da centenária pouca valorização e baixa remuneração de profissionais trabalhadores da saúde (BRASIL, 2020b).

Referências

- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, edição 241, p. 2, 16 dez. 2016. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295527/do1-2016-12-16-emenda-constitucional-n-95-21295459. Acesso em: 18 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **EPICOVID-19**, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/epicovid-br>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CORONAVIRUS/BRASIL**, 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jul. 2020.
- JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- LAST, J. M. **A dictionary of epidemiology**. New York. Oxford University Press, 1983.
- PETRY, P. C. **Epidemiologia**: ocorrência de doenças e medidas de mortalidade. Rio de Janeiro-RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.
- SHUKMAN, D. **Stephen Hawking prevê desastre provocado pelo homem e abandono da Terra**. BBC News Brasil, 19 jan. 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160119_stephen_hawking_gol_contra_fn. Acesso em: 18 jul. 2020.
- SUSSER, M. **Epidemiology, health and society**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Artigos especiais

ENSINO NA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

HEALTH EDUCATION IN COVID-19 TIMES: A NECESSARY RELATIONSHIP

EDUCACIÓN EN SALUD EN LOS TIEMPOS DE COVID-19: UNA RELACIÓN NECESARIA

Paulo Peixoto de Albuquerque ¹

Resumo

O artigo discute o tema da educação e ensino na saúde no contexto da crise sanitária causada pela COVID-19, incorporando os conceitos de reconhecimento e autonomia, visto que a realidade dos espaços societários na qual se desenvolvem os projetos educativos implica em se ter presente não só os conceitos de 'atores sociais', 'relações sociais', mas de 'complexidade' – conceito-chave – que redefine os parâmetros de entendimento destes conceitos e do próprio espaço societário. Para o autor, as ações político-pedagógicas das propostas de educação popular na saúde se inscrevem como educação cidadã, porque o processo de construção de conhecimento e socialização de saberes se dá na concretização de espaços de mediação social e de explicitação de conhecimentos diferenciados voltados para a promoção de um bem público que não exclua ou seja privatizado.

Palavras-chave: Educação. Saúde. Aprendizagem. COVID-19.

Abstract

The article discusses the theme of health education and teaching in the context of the health crisis caused by COVID-19, incorporating the concepts of recognition and autonomy, since the reality of the societal spaces in which educational projects are developed implies being present only the concepts of 'social actors', 'social relations', but of 'complexity'. It is a key concept that redefines the parameters of understanding these concepts and own societal place. To the author, the political and pedagogical actions of popular health educational proposals in health are enrolled as citizen education, because the process of knowledge construction need a better clarification of differentiated knowledge aimed at promoting a public good that does not exclude or be deprived.

Keywords: Education. Health. Learning. Coronavirus Infections.

Resumén

El artículo discute el tema de la educación y la enseñanza de la salud en el contexto de la crisis de salud causada por COVID-19, incorporando los conceptos de reconocimiento y autonomía, ya que la realidad de los espacios sociales en los que se desarrollan los proyectos educativos implica tener en cuenta no solo los conceptos de 'actores sociales', 'relaciones sociales', pero de 'complejidad', un concepto clave, que redefine los parámetros para comprender estos conceptos y del espacio corporativo mismo. Para el autor, las acciones político-pedagógicas de las propuestas de educación popular en salud se inscriben como educación ciudadana, porque el proceso de construcción de conocimiento y socialización del conocimiento se lleva a cabo en la realización de espacios para la mediación social y la explicitación de conocimiento diferenciado dirigido a promoción de un bien público que no excluya ni se privatice.

¹ Bacharelado em Ciências Sociais. Mestrado em Sociologia da Sociedade Industrial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e doutorado em Sociologia pela Université Catholique de Louvain-la-Neuve. Professor associado da Faculdade de Educação (FACED) e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: albuquerque.paulo@gmail.com

Palabras clave: Educación. Salud. Aprendizaje. Infecciones por Coronavirus.

Introdução

A pandemia está se espalhando: Fique em casa!
Corona vírus (COVID-19) se espalha a as pessoas se confundem: somos um; frágeis, medrosos, isolados...
COVID-19 exige uma radical alteração do modo de vida de todos
Fique em casa!
Como é possível? Onde o vírus está circulando?
Fique em casa! Fique em casa!

As frases acima expressam as principais manchetes de jornais durante os dias 16 de março a 31 de março de 2020 e de certo modo elas desenharam o horizonte e o cenário daqueles que vivem este momento no Brasil, no mundo.

Por mais resumida e breve que sejam, elas insinuam dois aspectos que são importantes serem destacados: simplificação e complexificação.

O primeiro é que um tema como saúde pública ao ser tratado de forma concisa só pode ser feito à custa de omissões e simplificações que nos auxiliam a compreender imperfeitamente. Quem resume o faz a partir de noções arbitrárias.

A segunda, que sintetizar é um mal necessário, pois quem simplifica não pode falsificar uma dada realidade, mas concentrar-se naquilo que é imprescindível em uma dada conjuntura; não relativizando os aspectos marginais expressivos da realidade.

Dois são os aspectos que colocam os discursos sobre a realidade no centro das práticas sociais. As manchetes de jornais estão a nos dizer que quando tentamos compreender a vida nos damos conta do paradoxo: que para a compreensão da realidade, o mundo dos sonhos e dos desejos, não entra; ficando definitivamente de fora. Parece que a realidade da vida não pode ser percebida de outra forma a não ser através de fragmentos que apontam para situações imensamente diferentes e superpostas que não admitem o desejo, o sonho.

Assim também se apresenta a temática destas notas: ensino e saúde relacionadas apenas pelo conetivo que articula os dois substantivos. Entretanto, o significativo desta relação, que de certa maneira, atua como nossa hipótese de trabalho, é o fato de que se faz necessário perceber que em educação (assim como na vida) a fragmentação está muito mais no modo como as pessoas percebem, aprendem e constroem seus saberes, do que na realidade.

Na sociedade contemporânea, a fragmentação, ao afirmar-se como método de aprendizado, consolidou e possibilitou a emergência de um conceito de educação que: separa saber especulativo – *theoría* – (desvelador do mundo, da realidade, destinado ao cidadão) do saber fazer – *téchne* – (acessível aos que executam e que aprendem apenas no exercício do

trabalho) como se fossem duas dimensões diferentes, ainda que complementares à aquisição de competências necessárias ao usufruto do mundo social, e do saber ordinário – *doxa* – (opinião subjetivamente constituída) como o mundo dos sonhos e dos desejos.

Parece que o ‘divórcio’ entre o mundo dos sonhos e o da realidade de certa forma reproduz essa divisão e esconde que tanto os bens materiais, quanto os não materiais ou imateriais ou simbólicos, são resultados de uma prática social que reproduz diferenças, dominações, subalternidades.

Esta separação também concorre para que a explicação da realidade social se dê a partir de uma dualidade epistemológica que funda dois tipos de saber: o saber-formal e acadêmico que se pretende (universal e sistematizado) cujo *status cognoscitivo* lhe dá um caráter privilegiado e o saber da vida do cotidiano (senso comum/não sistematizado) que, por ser local e restrito, passa a ser visto como secundário; digamos de uma ‘educação popular’ ou de outro (s) saber (es) não sistematizados.

Tal fato favorece a concretização de práticas educativas que apresentam ‘o conhecimento formal’ como um processo instrumentalizador (treino e preparo de mão-de-obra) relativizando a possibilidade de os indivíduos serem os produtores/construtores do conhecimento, pelo menos do conhecimento universal sistematizado.

Nesse sentido, compreender a realidade em que se vivemos passa a ser fundamental na medida em que desafia àqueles que pretendem pensar educação e ensino na saúde, articulando o mundo dos sonhos, a utopia com e na realidade das relações sociais, hoje, cada vez mais precárias, difusas, sem fronteiras e em processo de transformação acelerada.

Construir o cenário do mundo em que se vivemos se faz necessário para, então, refletir sobre: Que tipo de saberes são (serão) necessários para se constituir num conhecimento diferenciado, fundado nos princípios de um projeto de educação para e/ou na saúde que tenha condições de responder às novas condições sociais produzidas pela precarização do trabalho e da vida e vulnerabilidades sociais de nosso cotidiano? Que projeto pedagógico de educação para e/ou na saúde cidadã e coletiva é possível frente à realidade social que se apresenta?

A educação no projeto neoliberal de mundialização via mercado, propõe uma educação que concorre para uma cidadania seletiva; um projeto de educação nacionalista que reduz o papel e as questões a serem resolvidas pelo Estado nação de forma tuteladora e assistencialista. É uma educação que concorre para uma cidadania menor, como por exemplo o Projeto Escola Sem Partido. Um projeto de educação democrático, socialmente justo e popular remete ao pensar ações que apontem para a construção de um projeto pedagógico que viabilize e concorra para uma cidadania emancipada, autônoma no modo de participar das decisões.

Estas notas, desse modo, não têm a pretensão de identificar os elementos principais e constitutivos de um projeto de educação para a saúde coletiva, porque fornecer uma taxionomia sobre algo que é processual, não só é pretencioso, como abre espaço para o estabelecimento de regras que permitem controlar a produção do pensar. Aqui saúde coletiva é entendida como uma prática social vinculada ao contexto social-histórico que tem sua noção de saúde vinculada a crítica ao formalismo pragmático na medida em que não naturaliza as determinações sociais sobre a saúde humana.

Pensar um ensino na saúde que seja democrático, socialmente justo e popular, no qual as ações pedagógicas apontem para a construção de um projeto de sociedade que viabilize e concorra para uma cidadania emancipada, implica em explicitar, principalmente no atual contexto de vulnerabilidade social e de desmanche das políticas públicas vinculadas ao SUS pelos últimos governos, o que realidade referencial pretende ‘representar’.

Entendemos o ensino na saúde como sendo uma prática social produtora de conhecimentos, mas uma prática cujas modalidades dependem da análise crítica de seus procedimentos técnicos, das suas variações, das restrições que lhe impõem o lugar social e a instituição de saber onde é exercida, ou ainda, que discurso coloca em ação, quais regras necessariamente comandam a socialização dos conhecimentos vinculados à saúde.

Na contemporaneidade a realidade plural: insinua conceitos para educação/ensino na saúde

Compreender a realidade dos espaços societários na qual se desenvolvem os projetos educativos diferenciados implica em ter presente não só os conceitos de ‘atores sociais’, ‘relações sociais’, mas de ‘complexidade’ – conceito-chave – que redefine os parâmetros de entendimento daqueles e do próprio espaço societário. Pensar complexidade, hoje, passa a ser fundamental, porque mudou a forma como se entendíamos e pensávamos o social.

Os parâmetros de espaço-tempo, de causalidade, de presença no mundo, de individualidade e história que antes serviam para dar sentido e explicar o que acontecia e, eventualmente, amortecer o seu impacto, já não nos servem mais.

Vivenciaremos uma realidade social que não se deixa apreender facilmente e, em função disso, nos expõe e fragiliza. Nossos modelos explicativos não servem ou ajudam muito pouco diante de uma sociedade, não só difícil de entender, mas que é complexa. As relações sociais não se apresentam lineares ou traduzem uma racionalidade ordenada, coerente. Cada vez mais nos damos conta de que há diferentes elementos determinantes envolvidos em um dado fenômeno social, e que os sujeitos não desempenham um único, mas múltiplos papéis sociais.

Além disso, as relações entre educação/ensino e saúde (nosso foco de análise) passam a ser mediadas por outros elementos cujos significados permitem outras interpretações dos objetos, eventos e situações da vida. São outras relações entre educação e saúde que se desenvolvem por meio de diferentes processos, de novas conexões, não determinadas por uma lógica mecânica; os tempos e os espaços sociais são e se apresentam diferenciados. São tempos bem diferentes daqueles espaços societários que a revolução industrial favoreceu e que permitiu construir os paradigmas de modelos de ação prescritivos em saúde, que conhecemos.

Com a secularização do mundo moderno, a divisão do trabalho, a competitividade do mercado, a interdependência tornou-se maior e o processo de criação/assimilação das representações que dão significado à realidade tornou-se mais sutil, sofisticado, complexo (ROCHA, 2000, p. 363).

Na contemporaneidade o desafio foi compreender como se deram os processos de construção das identidades coletivas, (ser trabalhador/ser cidadão de um país/ser cidadão no mundo), ou de que forma nossas escolhas políticas determinavam a economia ou vice-versa.

Hoje, mais do que nunca as práticas interpessoais que ocorrem em seu dia-a-dia possibilitam ao sujeito aprender a levar em conta os efeitos de suas ações, na medida em que convive com a interposição de regras e com as reações da alteridade; ensina ao indivíduo que as escolhas individuais implicam, a controlar sentimentos e moderar suas ações espontâneas, levando mais em consideração o momento, as instituições, o que os outros esperam dele em circunstâncias definidas. Tal fato permite que o indivíduo amplie seu espaço mental, dando-lhe mobilidade temporal e espacial cognitiva para além do presente e do aqui. A interdependência das relações sociais chegou a um nível de complexidade que não há como se processar a volta à tradicional unidade conhecimento/trabalho (ROCHA, 2000, p. 362).

É preciso dar-se conta que tentar entender as mudanças sociais sem levar em consideração estes pressupostos induz a uma compreensão do social cujo caráter pode ser de extrema generalidade, impedindo de encontrar os elementos estruturantes destas transformações.

Não conseguimos passar de análises abrangentes e amplas porque as mudanças se revestem de diversas formas: ‘o social se apresenta como a realidade plural’.

Nosso tempo é constituído de numerosas mudanças culturais, políticas, sociais, que não são independentes das transformações econômicas, mas que não se explicam apenas pelo econômico. Este cenário do mundo contemporâneo se caracteriza, não só pela afirmação triunfante do (neo) liberalismo, mas também da racionalidade instrumental. Ambos respondem às vezes como eco e às vezes como dissonância de modificações nos modos de ser individuais e coletivos. Assim sendo, é preciso ter presente o modo como estas mudanças incidem no modo como se constroem os saberes. Dito de outra forma, as questões relacionadas à ação educativa precisam ser identificadas e analisadas em função do contexto social, porque o ‘sujeito’ não existe antes ou fora da comunidade. Esta constitui o marco, o horizonte de perspectivas na qual ele se acha imerso, desde o nascimento.

O homem transforma-se de biológico em sócio-histórico, num processo em que a cultura é elemento de mediação e parte essencial da constituição da natureza humana. Não podemos pensar o desenvolvimento psicológico como um processo abstrato, descontextualizado, universal: o funcionamento psicológico, particularmente no que se refere ao aprendizado, está baseado fortemente nos modos culturalmente construídos de ordenar o real (OLIVEIRA, 1989, p. 24).

Este marco determina seu lugar (identidade), assim como as normas que definem o seu fazer (trabalho) nos espaços públicos. Desta forma, o que o sujeito ‘é’ e o modo como ele se concebe, está circunscrito e depende das condições materiais da sociedade em que ele vive. Portanto, quanto melhor o indivíduo conheça seu contexto social maiores são as possibilidades para autocompreender-se e, ao mesmo tempo, identificar os limites e as possibilidades de transformação.

Ensino e Saúde só têm sentido quando percebidos como prática social que se objetiva a partir de uma proposta educativa, materializada em conteúdos programáticos que buscam construir indivíduos em sujeitos de si mesmos e do mundo. A percepção desta singularidade passa a ser importante porque ela nos exige repensar o processo ensino-aprendizagem ou o como saberes na saúde são interiorizados para a não dependência e a submissão. Exige a construção de outros espaços de aprendizagem nos qual a definição do que é saúde obrigue a inscrever no pensamento as intenções individuais, as restrições coletivas que tornam possíveis e, ao mesmo tempo, as freiam. Em certo sentido todo saber objetivado legitima-se, antes de tudo, pelo simples fato de existir e pelo compartilhar percepções.

É preciso ter presente que as percepções sobre ensino na saúde evidenciam aquilo que delas se pretende: construir nos espaços públicos a superação da desigualdade, a constituição de um igual que não perca a sua diferença, pois o oposto do igual não é o diferente, é o desigual.

Pensar ensino na saúde é incorporar os conceitos de reconhecimento e autonomia

Pode-se dizer que as desordens e as desarticulações causadas pelos tempos contemporâneos apontam para situações completamente contraditórias com os princípios proclamados pelos protocolos que apontam a saúde como direito do cidadão e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, equidade não se articula bem com exclusão social. Importante reiterar que com o SUS afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, além da democratização e do controle social. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade, e também à responsabilização do Estado e não de governos com o Sistema.

É preciso reconhecer que estas desordens entre saúde e exclusão social inserem na pauta de discussão o sentido e os pressupostos da justiça social, hoje, submetidos ao falso dilema de atender a demandas de mercado ou atender às expectativas individuais – o que se chama ‘boa vida’. Nesse sentido, o desmanche da sociedade do bem-estar social fundada no pacto Keynesiano e sua passagem para um modelo de formação profissional mais dinâmico, não pautado pelo corporativismo de categorias profissionais, exige dos espaços educacionais formais respostas a um contexto social marcado pela pluralidade. Os impasses educacionais que derivam desta situação não são poucos e na área específica da saúde podem ser traduzidos nas seguintes questões: Como preparar técnico/socialmente os indivíduos que atuam na saúde para serem sujeitos da ação quando as propostas de capacitação são hierarquizadas, verticalizadas e resultado de um sistema de ensino que enfatiza o conhecimento formal e uma cultura de determinismo e dependência? Como preparar profissionalmente estes indivíduos de modo que a ampliação de competências não signifique apenas agregar valor ao trabalho a partir da tecnologia, mas da construção de conhecimentos baseados no que que as pessoas (comunidade) sabe/pensam, agem e interagem?

São questões que nos fazem refletir sobre o lugar da saúde como espaço mediador de processos que se caracterizam por uma rede de relações que demanda um novo enfoque de organização da capacitação/formação. Novo Enfoque que se constrói a partir de uma prática social que insira o (s) saber (es) da comunidade em outro registro: o do bem viver. Para que isto seja possível se faz necessário reconhecer que há outros saberes (da comunidade) e que a construção destes saberes se faz a partir de outra epistemologia.

A hegemonia dos saberes técnico-profissional-hospitalar na saúde traduz saberes dominantes que têm nos seus sistemas de formação a lógica da educação continuada (SILVA *et al.*, 1989). Desconsidera que na memória da coletividade há outros saberes instalados, outras formas de se pensar a saúde e a vida. Mais do que isto, centra-se na leitura biologicista do corpo, e na organização sistêmica da vida.

A multiplicação dos protocolos de saúde pode aparecer como a nova imagem de racionalidade instrumental que governa o universo cultural dominante e, até, tem efeitos consideráveis sobre os indivíduos. Mas estas multiplicações nos interrogam sobre as possibilidades e os meios para uma ‘recomposição dos saberes sobre saúde’.

Todavia, não se trata de uma ‘recomposição dos saberes de saúde’ no sentido de restaurar junto à comunidade um antigo saber que existe a não ser nos relatos míticos. A recomposição dos saberes de/sobre saúde aqui referida está na rearticulação da diversidade, das diferenças fundantes da vida social, dos grupos conflituados que derivam da mudança, dos indivíduos e dos grupos abandonados pelos movimentos da sociedade, dos ‘desfiliaidos sociais’ (CASTELLS, 1999) ou em desaparecimento¹, que tiveram e tem seu repertório de respostas sobre as questões da saúde, noutra viés. Um projeto de ensino na saúde que possibilite a identificação de finalidades sociais a serem reforçadas, só tem sentido se resultar no reconhecimento de que há saberes plurais, inclusive sobre saúde, que possibilitam aos indivíduos serem autônomos.

Ensino e Saúde: uma relação necessária

Ensino na saúde é uma relação mais do que necessária, é fundamental para o reconhecimento de que no mundo contemporâneo os saberes são plurais e a autonomia dos atores sociais não remete à liberdade individualista (neoliberal), mas à responsabilidade social entendidas como compromisso da democracia e da reciprocidade que, nas práticas de saúde exercidas na comunidade, decorrem de um aprendizado, não individual, mas construído processualmente, historicamente no cotidiano e no coletivo.

De fato, é no reconhecimento dos saberes da comunidade que nasce o ideal de ‘autenticidade’, que não é nada mais que a capacidade de cada indivíduo dar um sentido a sua vida, o que o leva a distinguir o bem do mal. Uma voz que não depende de um deus ou de uma autoridade. Este é o saber proposto pela educação popular em saúde e apreendido na ação

¹ Ninguém pode ignorar os efeitos da administração do estresse ligada à incorporação massiva de novas tecnologias nos processos de trabalho ou ainda os efeitos destas novas tecnologias nos modos de organização do processo produtivo. Ninguém pode ignorar mais o caráter hipócrita da definição dos pequenos trabalhos ou do chamado apelo ao empreendedorismo, ingrato e mal remunerado como resposta aos problemas de desemprego estrutural e de exclusão social.

coletiva que não pode ser subestimado ou subvalorizado por representações da vida que estão centradas em leituras globalizantes.

Trata-se de refletir sobre as condições de uma integração de todos na vida social e na cultura que se apoie sobre a afirmação de direitos pessoais mais amplos, que não se caracterizam pela acumulação eficiente, mas sobretudo por uma participação real e cada vez maior de todos na produção, no consumo, nas relações pessoais e sociais, na cultura, na política, na gestão das coisas públicas.

Nesse sentido, as noções de compromisso da Universidades Públicas e da responsabilidade social do ensino na saúde passam a ser importantes, principalmente no momento atual de crise sanitária e diante das perdas vivenciadas pela pandemia COVID-19 (sentimento de impotência diante da fragilidade das políticas públicas relacionadas à saúde, assim como das próprias questões socioeconômicas ou da necropolítica de Estado), porque elas nos remetem a pensar não só o desmanche de uma sociedade conhecida, mas também das condições de inclusão propostas por projetos educativos não voltados para o mercado.

É por isso que pensar em educação – ensinar para a saúde – em tempos de COVID-19 passa a ser fundamental, porque remete a um agir responsável, a um agir cooperativo. Agir cooperativo que ao se objetivar em propostas de ações solidárias, rompe com parâmetros normalmente aceitos, de pensar programas educacionais ou de capacitação pautados em generalizações que descontextualizam conteúdos, tem seu enfoque no indivíduo e distanciam teoria da prática.

Em função disso se faz necessário dizer que ensino na saúde tem sua razão de ser quando se reveste de um caráter substantivo e se transforma em política de ação porque: no ensino para, em ou na saúde as pessoas organizam, não só sua existência para o trabalho, mas aplicam saberes múltiplos que decorrem da sua experiência de vida; nas dificuldades do cotidiano se constroem alternativas, se inventam modos de produzir possibilitando criar espaços de resistência; é no espaço da saúde que as exigências da ética se evidenciam (é por isso que o descrédito também é proporcional às exigências).

‘Ensino na saúde’ é ação política que resulta da experiência associativa vinculada ao trabalho (que ainda permanece como central no nosso universo social e cultural) e é o principal canal de acesso à vida social. Assim, pensar projetos de educação em saúde para/em uma sociedade pessimista e excludente tem sentido, porque aponta para uma dupla articulação: reconhecimento e autonomia.

A primeira busca garantir a cada um o reconhecimento de que há saberes válidos, ou seja, o emprego/utilidade de um saber dentro ou fora do universo hospitalar no qual se inserem as trocas sociais. A segunda busca melhorar sensivelmente a qualidade da experiência de uma comunidade. Desta forma, verifica-se que as ações político-pedagógicas das propostas de educação popular em saúde se inscrevem como educação cidadã, porque o processo de construção de conhecimento e socialização de saberes se dá na concretização de espaços de mediação social e de explicitação de conhecimentos diferenciados, voltados para a promoção de um bem público que não exclua ou privatize.

Em decorrência deste contexto, a fundamentação teórico-metodológica necessária para a orientação e compreensão do trabalho educacional implica em uma ampla demanda social por participação. Essa participação na educação popular é marcada, sobretudo, por uma prática social e pela consciência que representa os movimentos de um grupo, assim como expressa a vontade das pessoas em intervir em uma sociedade concreta. Nesse sentido, todo projeto político-pedagógico é, portanto, uma tomada de posição diante da realidade natural, social e humana. E, em vista disso, será sempre um processo avaliativo (crítico) em relação ao existente.

O projeto político-pedagógico, ao propor uma realidade, sempre se põe a favor ou contra algo existente com base em alguma verificação da ‘realidade rebelde’ que desafia o ser humano. Portanto, ao se falar em projeto, fala-se, ao mesmo tempo, numa avaliação do que é. Trata-se de uma resposta para afirmar ou para negar a realidade social, com base em informações, percepções, deduções, análises que explicitam valores (VALE, 1999).

A retomada de valores como dignidade, solidariedade, justiça social, companheirismo, participação, transparência e a decência (hoje considerados pela lógica social imperante de quixotesca), é promotora de transformações nas relações de poder, de práticas e da organização de outros modos de pensar saúde, e não apenas de inovações formais ou tecnológicas.

É importante ressaltar que estes valores são relevantes e essenciais para a formação de uma ‘nova cultura’ intelectual e moral do trabalhador da saúde. Não se trata de uma moral de conveniência, mas de aspecto importante da formação do caráter que, aliado ao domínio do conhecimento significativo e da consciência política, pode gerar um novo indivíduo, comprometido com a construção de uma nação autônoma e de um mundo socialmente mais justo.

Conclusão?

Pensar o ensino na saúde (seja em tempos de pandemia ou não) revela-se, aqui, como condição substantiva que remete ao repensar práticas educativas cujas metodologias ainda incorporam mecanismos de seletividade, escondem discursos de poder e ambiguidades. Implementam práticas sociais competitivas, privatistas e não cidadãs.

Evidencia-se no dia-a-dia que racionalidade e linearidade dos projetos pedagógicos acadêmicos tradicionais não conseguem dar conta da suposta separação existente entre o mundo dos sonhos e a realidade da vida; separação que as pessoas teimam em não fazer da pluralidade e da complementaridade dos saberes o fator fundante da sua práxis social.

Da mesma forma, se explicita que a fragmentação que condiciona as propostas e projetos educativos tradicionais não só modelam um modo de conhecer, mas também, não põe em questão o poder que está no privilégio de um saber que produz discursos, constitui práticas e formas de subjetivação.

A criação de espaços de mediação social no qual saberes e conhecimentos da comunidade e da academia se constroem pelo agenciamento de saberes múltiplos existentes na pessoa do trabalhador da saúde, passa, então, a ser fator fundamental para compreender a realidade em que vivemos. Pensar educação popular na saúde insinua àqueles que pretendem pensar educação, o desafio de articular mundo dos sonhos e realidade; a utopia com o mundo de hoje, cada vez mais difuso, sem fronteiras e que se transforma aceleradamente.

Referências

- CASTELLS, M. **A era da informação: econômica, sociedade e cultura - a sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico.** São Paulo: Editora Scipione, 1989.
- ROCHA, M. Z. B. Espaço urbano, escola e desigualdade social. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. XIV, n. 2, p. 349-368, 2000.
- SILVA, M. J. P. *et al.* **Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem.** Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989.
- VALE, J. M. F. Projeto Político Pedagógico como instrumento coletivo de transformação do contexto escolar. *In: BICUDO, M. A. V.; SILVA JUNIOR, C. A. (org.). Conferências Mesas Redondas Seminários Debates Unesp.* Formação do Educador e Avaliação Educacional. São Paulo, v. 1, 1999. p. 70.

Experiências docentes e discentes

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARABÁ-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TERRITORIALIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE IN MARABÁ-PA: EXPERIENCE REPORT

TERRITORIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN MARABÁ-PA: RELATO DE EXPERIENCIA

Gabriel Brito Procópio¹

Carlos Podalirio Borges de Almeida²

Resumo

A territorialização na Atenção Básica à Saúde abrange a identificação e o conhecimento das complexidades e necessidades sociais em saúde das populações, comunidades e indivíduos. Este relato de experiência é uma descrição sobre a atividade de estágio supervisionado obrigatório de discentes do curso de Saúde Coletiva de uma Instituição Pública de Ensino Superior na região Sudeste do estado do Pará (PA). A atividade foi desenvolvida no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha no município de Marabá, PA. O estágio obrigatório foi dividido em cinco etapas específicas, seguindo uma sequência: 1) Levantamento das informações (características demográficas e de morbidades) sobre a área adscrita do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, com os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família; 2) Visitas domiciliares com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e agente comunitário de saúde); c) Identificação das principais doenças e agravos de saúde enfrentados pela comunidade da área de serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família; d) Elaboração de um mapa da comunidade de abrangência da Estratégia Saúde da Família; e) Elaboração dos relatórios parcial e final. Por meio das visitas domiciliares foram identificados problemas sanitários e sociais que abrangem as vulnerabilidades nas condições de moradia e saneamento básico, até aspectos relacionados ao estado de adoecimento dos moradores. As doenças crônicas não transmissíveis se destacaram pelas taxas elevadas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica. O estágio supervisionado proporcionou aos discentes uma compreensão sanitária sobre os aspectos sociais, comunitários, urbanização e condições de moradia. Esta experiência proporcionou, aos discentes, conhecimentos sobre a realidade socio sanitária desta população, por meio da territorialização na área adscrita do Centro de Saúde.

Palavras-chave: Território sociocultural. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva. Ensino Superior.

Abstract

Territorialization in Primary Health Care encompasses the identification and knowledge of the complexities and social health needs of populations, communities and individuals. This experience report is a description of the mandatory supervised internship activity of students in the Collective Health course of a Public Institution of Higher Education in the southeastern region of the state of Pará (PA). The activity was developed at the Nurse Zezinha Health Center in the municipality of Marabá, PA. The mandatory internship was divided into five specific stages, following a sequence: 1) Survey of

¹ Sanitarista. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: gabrielprocopio07@gmail.com

² Quiropraxista. Professor Adjunto do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: carlosalmeida1410@hotmail.com

information (demographic and morbidity characteristics) about the area enrolled at the Nurse Zezinha Health Center, with the health professionals of the Family Health Strategy; 2) Home visits with health professionals (doctors, nurses and community health agents); c) Identification of the main diseases and health problems faced by the community in the health service area of the Family Health Strategy; d) Elaboration of a community map covering the Family Health Strategy; e) Preparation of partial and final reports. Through home visits, health and social problems were identified that include vulnerabilities in housing conditions and basic sanitation, even aspects related to the residents' state of illness. Chronic non-communicable diseases stood out for their high rates, especially systemic arterial hypertension. The supervised internship provided students with a sanitary understanding of social, community, urbanization and housing conditions. This experience provided students with knowledge about the social and health reality of this population, through territorialization in the attached area of the Health Center.

Keywords: Sociocultural territory. Primary Health Care. Public Health. Higher Education.

Resumén

La territorialización en la atención primaria de salud abarca la identificación y el conocimiento de las complejidades y las necesidades de salud social de las poblaciones, comunidades e individuos. Este informe de experiencia es una descripción de la actividad de pasantía supervisada obligatoria de los estudiantes en el curso de Salud Colectiva de una Institución Pública de Educación Superior en la región sureste del estado de Pará (PA). La actividad se desarrolló en el Centro de Salud Nurse Zezinha en el municipio de Marabá, PA. La pasantía obligatoria se dividió en cinco etapas específicas, siguiendo una secuencia: 1) Encuesta de información (características demográficas y de morbilidad) sobre el área inscrita en el Centro de Salud Nurse Zezinha, con los profesionales de la salud de la Estrategia de Salud Familiar; 2) Visitas domiciliarias con profesionales de la salud (médicos, enfermeras y agentes de salud comunitarios); c) Identificación de las principales enfermedades y problemas de salud que enfrenta la comunidad en el área de servicios de salud de la Estrategia de Salud Familiar; d) Elaboración de un mapa comunitario que cubra la Estrategia de Salud de la Familia; e) Preparación de informes parciales y finales. A través de las visitas domiciliarias, se identificaron problemas sociales y de salud que incluyen vulnerabilidades en las condiciones de vivienda y saneamiento básico, incluso aspectos relacionados con el estado de enfermedad de los residentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles destacaron por sus altas tasas, especialmente la hipertensión arterial sistémica. La pasantía supervisada proporcionó a los estudiantes una comprensión sanitaria de las condiciones sociales, comunitarias, de urbanización y de vivienda. Esta experiencia proporcionó a los estudiantes conocimientos sobre la realidad social y de salud de esta población, a través de la territorialización en el área adjunta del Centro de Salud.

Palabras clave: Territorio sociocultural. Atención Primaria de Salud. Salud Colectiva; Educación Superior.

Introdução

A emancipação da territorialização na atenção básica em saúde e nos trabalhos das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de fundamental importância para a viabilização das ações prevenção e de promoção da saúde. Os achados na literatura asseveram a relevância da territorialização para atenção em saúde em todas as complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (JUSTO *et al.*, 2017; PEIXOTO *et al.*, 2019; GARBIN *et al.*, 2019). A territorialização, deste modo, é um pressuposto para o trabalho das equipes de saúde na comunidade (NEVES, 2011; COSTA; FONSÊCA, 2019).

Como principal porta de entrada do SUS, a APS deve estar organizada em um território delimitado, onde as ações em saúde precisam estar pautadas em uma lógica da área de

abrangência para atuação multiprofissional em saúde. As organizações da APS permeiam formas distintas de estruturação, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias (NEVES, 2011).

A territorialização em saúde no SUS é definida por meio das organizações dos serviços em saúde de acordo com o território. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, compreende a territorialização como o conhecimento sobre o território de atuação visando programar ações de acordo com o perfil e necessidades da comunidade, considerando elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, etc. (BRASIL, 2017). Este documento possibilita a identificação de aspectos relativos aos principais problemas sociais e de saúde da comunidade, viabilizando o diagnóstico sanitário de uma área delimitada. A territorialização é considerada “uma ferramenta para o planejamento das ações em saúde” (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 3). Trata não apenas da ambiência ou ambiente de um território, como também da organização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades em saúde das populações. O processo contínuo da territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território (SANTOS; RIGOTTO, 2010/2011). Desse modo, propicia-se o estabelecimento de uma análise mais precisa sobre a situação de saúde dos indivíduos e das populações. Por meio da territorialização é possível presumir o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas, bem como impactar de maneira adequada o estado de saúde da população adscrita (CAIRES; SOUZA JUNIOR, 2017).

A territorialização na Atenção Básica deve conduzir um mapeamento preciso e conciso. É uma ferramenta tecnológica que irá facilitar e potencializar as ações na APS, ao cartografar as áreas de risco em relação a doenças prevalentes na comunidade, territórios em vulnerabilidade social, condição sanitária e, ainda, ao acompanhar o crescimento e desenvolvimento de uma comunidade (ARCÊNCIO, 2015). Ademais, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Lima *et al.* (2011) consideram que há pelo menos três sentidos diferentes e complementares para estabelecer a territorialização: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Tais sentidos tangenciam, assim, nuances que ultrapassam as condições territoriais e geográficas.

Como proposta metodológica a cartografia permite identificar questões demográficas e sanitárias, pois é “um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos, de produção,

possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 203). É um instrumento essencial para que a produção de reflexões e de conhecimento se concretize em processos de trabalho tangíveis ao (re)pensar, (re)fazer e (re)estruturar os saberes e as práticas (SILVA; ROJAS, 2016).

Este relato de experiência tem o objetivo de apresentar atividade de estágio supervisionado obrigatório sobre territorialização em saúde realizado no último semestre da graduação em Saúde Coletiva, em um Centro de Saúde no município de Marabá, Pará (PA).

A experiência

O estágio supervisionado obrigatório foi desenvolvido no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha (CSEZ), onde atuavam quatro estagiários, discentes do último semestre do curso de graduação em Saúde Coletiva de uma Instituição Pública de Ensino Superior na região Sudeste do estado do Pará.

As atividades do estágio ocorreram dentro e fora das instalações do CSEZ, com a participação de servidores públicos, profissionais de saúde e, principalmente, do gerente da unidade, seja no oferecimento de informações pertinentes às atividades realizadas, seja no desenvolvimento do estágio, com supervisão e orientação das atividades em campo (comunidade), no período de cinco horas diárias, semanalmente (de segunda à sexta-feira), no período matutino.

Trata-se, portanto, de um relato de experiência que tomou como substrato o mapeamento local, que é “um procedimento estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar” (CONASS, 2016, p. 20). Isso configura a confecção do mapa para a unidade de saúde, elaborado para o planejamento estratégico situacional nas atividades de vigilância, prevenção e promoção em saúde (MARTINS *et al.*, 2019).

O estágio foi dividido em cinco momentos específicos em sequência lógica: I – levantamento das informações (características demográficas e de morbidades) sobre a área adscrita do CSEZ com os profissionais de saúde da ESF; II – visitas domiciliares; III – identificação das principais doenças e agravos de saúde enfrentados pela comunidade; IV – confecção de um mapa da comunidade de abrangência da ESF e V – elaboração dos relatórios parcial e final.

Para o levantamento os estagiários providenciaram um protótipo primário para a identificação da cobertura em cada folha do núcleo Nova Marabá, com uso do programa *Google*

Maps. Esta ferramenta possibilitou a visualização das áreas de atuação de cada profissional de saúde. As equipes de saúde têm um retrato das microáreas visto de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do ambiente (MINAS GERAIS, 2012).

As visitas domiciliares foram realizadas nos meses de setembro a outubro de 2018, no período matutino, das 08h30 às 12h, na área de abrangência do CSEZ. Os horários de início e término das visitas eram marcados de acordo com a disponibilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) bem como adequados aos respectivos locais/áreas de trabalho dos profissionais: ACS, enfermeiros e médicos. Todas as visitas domiciliares foram acompanhadas pelo tutor de estágio e/ou pelos profissionais da ESF.

Os registros das visitas domiciliares foram realizados em diários de campo, com a descrição da observação dos discentes sobre as condições de saúde, doenças e moradia dos domicílios. O diário de campo é um instrumento complexo, que permite o registro de informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre interlocutores, grupos e ambientes estudados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Os diários foram utilizados para a confecção dos relatórios de estágio e do mapa do Centro de Saúde.

Para a identificação das principais morbidades e agravos de saúde enfrentados pela comunidade, foi disponibilizado aos profissionais um formulário produzido pelos estagiários (Quadro 1).

Quadro 1 – Formulário sobre as características demográficas e de morbidades dos usuários cobertos pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, Marabá - PA, 2018.

USUÁRIOS COBERTOS PELA ESF DO CSEZ		QUANTITATIVO	
Características demográficas	Criança (até 10 anos)		
	Adolescente (11 a 18 anos)		
	Gestante	Adolescente	
		Adulta	
	Idoso		
Morbidades	Hipertensão		
	Diabetes		
	Uso de álcool e outras drogas		
	Doenças respiratórias		
	Doenças renais		
	HIV		
	TB		
	Hanseníase (MB)		
	Câncer		
Transtornos mentais			

Fonte: Os autores.

Para a coleta de dados, os profissionais preencheram quantitativamente a totalidade das características demográficas e de morbidades da cobertura das equipes da ESF. Em seguida, após entregues todos os formulários, foi convocada uma reunião com os profissionais da ESF do CSEZ para categorizar as principais características de cada área, descritas nos formulários.

Os dados foram compilados e analisados no programa *Microsoft Excel* 2016, para realização das análises estatísticas descritivas, por meio de frequências relativas e absolutas. Os dados foram categorizados em: grupo de risco – crianças, adolescentes e idosos – e grupo de agravos e morbidades – hipertensão, diabetes, uso de drogas (lícitas), doenças respiratórias, doenças renais, vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose (TB), hanseníase, câncer, transtornos mentais –, o que possibilitou traçar um diagnóstico situacional sobre área e microárea de cada ACS, por meio das informações do formulário e da descrição dos diários de campo dos estagiários. O diagnóstico situacional foi concebido para ser referenciado a um Plano de Ação relacionado à realidade diagnosticada (BRASIL, 2006).

Os recursos *Google Maps* e *Google Earth* foram utilizados para visualizar o território e a localização do Centro de Saúde, para, então, desenvolver a última etapa: a confecção do mapa de abrangência do CSEZ. O núcleo Nova Marabá foi utilizado como referência, com o Centro de Saúde na folha 23 (centralizada na área de abrangência) para o remapeamento. Além disso, no remapeamento foi realizada a redistribuição das microáreas do Centro de Saúde, juntamente com a identificação dos profissionais.

As normas preconizadas pela Portaria nº 2.436 de 2017 para territorialização foram seguidas em relação ao território de atuação dos ACS (BRASIL, 2017). Uma reunião com o gerente do centro de saúde e a equipe do Centro de Saúde ocorreu para estabelecer os critérios dos limites territoriais, esclarecendo para os profissionais a importância da atualização dos cadastros familiares e do reconhecimento pleno de cada área da unidade. Para Costa e Fonsêca (2019), a aproximação dos profissionais com os usuários nos serviços de saúde por meio do território é extremamente relevante para a emancipação da saúde, um direito constitucional, o que faz dos profissionais de saúde atores importantes para a garantia desse direito.

Depois de identificadas as áreas e microáreas descritas pelos profissionais, cada equipe do ESF foi registrada no mapa com cores e códigos, definidas em escalas de cinza: cinza escuro (equipe 026); cinza intermediário (equipe 010) e cinza claro (equipe 033). Os ACS foram identificados em codificações numéricas (ACS-1, ACS-2, ACS-3...) para a manutenção do anonimato, resguardando a integridade, a imagem e o nome dos profissionais.

Cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

No CSEZ há três equipes da ESF, supervisionadas por três enfermeiros e com o quantitativo de 22 ACS na área da unidade, localizada no núcleo Nova Marabá, em 11 folhas (bairros) como é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Equipes da Estratégia Saúde da Família por cobertura do Agente Comunitário de Saúde do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, Marabá - PA, 2018.

EQUIPES	ÁREA	PERÍMETRO	FOLHA – FL	Nº DE ACS
I	010	Urbano	16, 17, 20, 21, 22	10
II	033	Urbano	23, 27, 31, 33	05
III	026	Urbano	14, 15	07
TOTAL	--	--	--	22

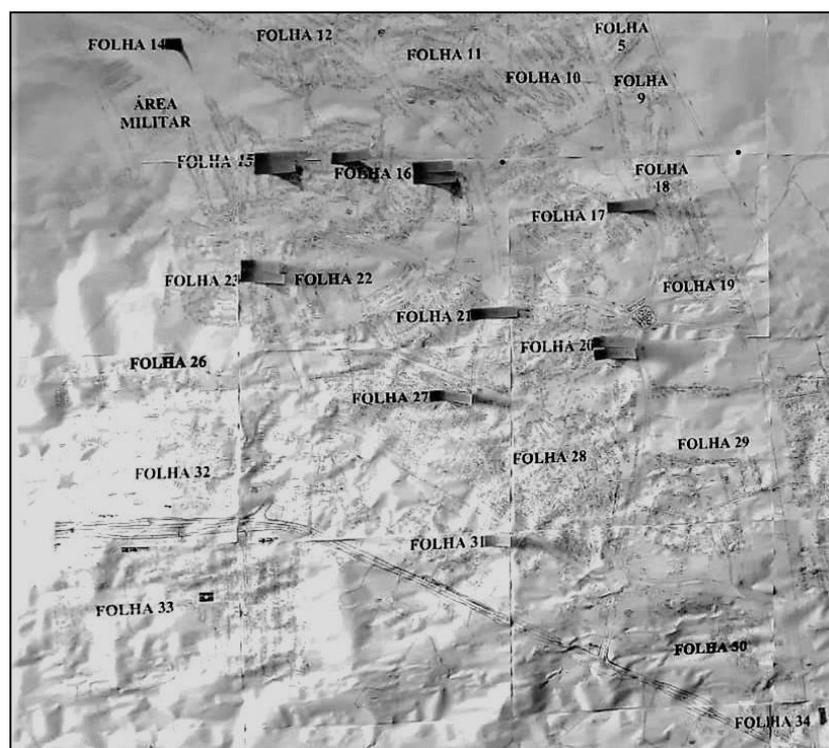
Fonte: CNES, 2018.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

As atribuições do ACS são consideradas importantes no acolhimento dos serviços de saúde, pois este profissional da equipe faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos, propiciando o contato direto com os indivíduos. Sua inserção no território permite a identificação com a comunidade e a construção de uma relação de proximidade, caracterizada por uma propensão à solidariedade, à ajuda mútua e à liderança comunitária (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Para a devida compreensão geográfica da área de atuação dos ACS no CSEZ, o mapa (protótipo primário), com o auxílio dos profissionais (ACS e enfermeiros), apontou a cobertura de atuação da ESF no núcleo Nova Marabá. A área da ESF corresponde a 11 folhas: 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 27, 31 e 33 (Figura 1).

Figura 1 – Prototipo primário sobre a cobertura da área do CSEZ, Marabá-PA, 2018.



Fonte: Os autores.

O contato com os profissionais possibilitou a descrição das principais características da área de cobertura do centro de saúde, onde, por meio das visitas domiciliares, a realidade frente às necessidades sociais em saúde foi demonstrada de forma mais significativa, detalhada e contundente.

Visitas domiciliares

Os encontros de campo foram acordados com os respectivos locais/áreas de trabalho dos profissionais (ACS, enfermeiros e médicos). É importante ressaltar que, durante o estágio supervisionado, não foi possível o contato direto com os demais ACS do Centro de Saúde, o que ocorreu devido a duas situações: profissionais (dois) que expressamente recusaram acompanhar os estagiários e profissionais com os quais os estagiários não tiveram contato, devido ao distanciamento de outros núcleos da cobertura do centro de saúde, como, por exemplo, da zona rural. As visitas domiciliares foram realizadas com 10 ACS, em um intervalo de 16 dias úteis (exceto programações justificadas fora do Centro de Saúde), e 6 folhas foram visitadas nas áreas adstritas do CSEZ (Tabela 2).

Tabela 2 – Registro das visitas domiciliares realizadas com os agentes comunitários de saúde (ACS) do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, 2018.

ACS	Folha	Data das visitas
ACS 1	14	08/10/18
ACS 2	15	10/09/18; 11/09/18; 12/09/18 18/09/18
ACS 3	15	20/09/18; 26/09/18
ACS 4	16	13/09/18
ACS 5	16	17/10/18; 19/10/18
ACS 6	21	04/09/18
ACS 7	23	17/09/18
ACS 8	23	17/09/18
ACS 9	27	24/09/18
ACS 10	27	25/09/18; 15/09/18; 16/09/18

Fonte: Os autores.

No dia 10/09/2018, iniciaram as atividades domiciliares na folha 15. As visitas foram supervisionadas por dois ACS, em suas respectivas áreas de trabalho, correspondente às adjacências do CSEZ, que foi a área mais visitada durante o período de estágio em relação às visitas nos domicílios (Tabela 2). A realidade desta área não difere muito da realidade das demais áreas da unidade. Há presença significativa de idosos, acamados, adolescentes, crianças e, principalmente, mulheres chefes de família, sem a presença paterna na maioria das famílias. Apesar de o arranjo familiar tido como tradicional ter diminuído significativamente no Brasil, as moradias agregadas (habitações com número significativo de indivíduos) cresceram, e, com isso, a responsabilidade feminina como chefe de família. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), no ano de 2010, apontou mulheres chefes de família em cerca de 37,3% das moradias no Brasil, sem a presença do cônjuge. Domicílio com responsável do sexo feminino pode ser considerado um fenômeno tipicamente urbano (PINTO *et al.*, 2011). Esse fenômeno desafia os cientistas sociais a ampliarem suas abordagens a fim de intervir no processo de reprodução ampliada da pobreza urbana (SILVA, 2007).

Foi observado um número significativo de moradias agregadas e famílias cobertas pelo Programa Bolsa Família (PBF). Em relação à conjuntura familiar e à quantidade de pessoas por domicílio, houve um pequeno aumento em todo âmbito nacional nas últimas décadas. Givisiez e Oliveira (2013) destacam que a demanda de construção de cômodos nos domicílios é de 17,8% do total de domicílios brasileiros. Tal contexto possivelmente é resultado da quantidade de indivíduos por cômodo e explica a necessidade de ampliação do imóvel.

Além disso, a relação da ambiência pertinente às condições de moradia saudáveis demanda, no arranjo domiciliar, um equilíbrio tanto de aspectos físicos (arquiteturais) quanto de fatores culturais, econômicos, sociais e de habitabilidade. São condições que interferem na qualidade de vida e, principalmente, na saúde dos indivíduos. A garantia de uma habitação

saudável envolve, também, o acesso a esse direito por meio de políticas públicas intersetoriais afirmativas, para que, assim, se possa assegurar a longo e a curto prazos direitos sociais e habitacionais (ALMEIDA, 2011).

É provável que esse dado, referente às várias famílias cobertas pelo PBF identificadas nas visitas domiciliares, possa estar relacionado à quantidade significativa de indivíduos (crianças, adolescentes) por moradia. Tal contexto corresponde e se relaciona com o déficit de políticas públicas que garantam direitos quanto às condições socioeconômicas, de moradia digna e, principalmente, às condições sanitárias favoráveis à habitação, como o saneamento básico. O PBF é uma política intersetorial criada no ano de 2004 (BRASIL, 2004), que visa, segundo Silva et al. (2019), ao favorecimento e ao acesso aos direitos básicos sociais, como saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, ultrapassando, segundo os autores, o benefício monetário e tendo como perspectiva a superação das vulnerabilidades.

Nesta perspectiva, as famílias precisam estar inscritas no cadastro nacional (CadÚnico), referente ao cadastro social (programas sociais do governo federal), para serem vinculadas ao PBF. Além desse critério, a Lei nº 10.689, de 13 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004), considera ainda o benefício variável (benefício mensal de cinquenta reais que será concedido a famílias com renda per capita de até cinquenta reais), destinado a unidades familiares que se encontram em situação de pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes até 15 anos. Esta Lei considera ainda que todas as crianças contempladas devem estar com quadro vacinal atualizado, frequência escolar em 85%, além de condicionalidades relativas a exame pré-natal, acompanhamento nutricional e acompanhamento de saúde realizados pelos profissionais de saúde do território onde as famílias residem. As famílias beneficiárias que têm crianças menores de sete anos e mulheres em idade de 14 a 44 anos deverão ser assistidas por uma ESF ou por uma Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2010). Tal demonstrativo assevera substancialmente a relevância da atuação da ESF no território, além de trazer à tona o mapeamento como ferramenta para atuação profissional e, principalmente, para a identificação das necessidades sociais e sanitárias. Uma APS organizada e uma lógica de trabalho intersetorial consolidada transformam parte substancial dos elementos que compõem o desenho do acompanhamento das condicionalidades de saúde em rotina da gestão pública do PBF (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Na folha 16 foram identificadas crianças (n=23), diabéticos (DIA) (n=17), idosos (n=14), hipertensos (hipertensão arterial sistêmica - HAS) (n=13), indivíduos com transtorno mental (n=3) e portadores do vírus HIV (n=2). Cabe destacar que a visita domiciliar realizada

na folha 16 foi conduzida sob a supervisão da enfermeira da ESF e com o ACS da área. As residências nessa área são suspensas por taipas e palafitas, sem qualquer destreza arquitetônica. As condições de moradia são precárias, e o déficit de saneamento básico e de água encanada é uma realidade para os residentes.

Para Bandeira *et al.* (2017), o saneamento básico precário constitui um risco tradicional à saúde humana, que afeta, especialmente, a população de baixa renda. Cunha e Borja (2018), em um estudo sobre saneamento básico em domicílios urbanos, apontam que, no Brasil, a universalização do acesso ao saneamento básico ainda está longe de ser alcançada. Segundo os autores, a debilidade nas periferias das grandes cidades no Brasil é notória e presente na rotina dos brasileiros. É amplamente reconhecido que as condições de infraestrutura sanitária guardam estreita relação com a situação de saúde de indivíduos e coletividades (RAUPP *et al.*, 2019).

Na folha 21, foram residências agregadas com a presença de vários arranjos familiares em um mesmo terreno. A coabitação familiar caracteriza-se por uma família principal que cede ou aluga (exceto quando pelo empregador) um ou mais cômodos a conviventes secundários (outros indivíduos ou famílias) no mesmo domicílio em que reside (ALMEIDA, 2011). A falta de estrutura sanitária, ventilação, água potável entre outros, são condições determinantes em saúde. Uma moradia adequada deve ser capaz de: proteger seus moradores do ambiente externo, dispor de um espaço de privacidade, e oferecer um ambiente sadio (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013).

Na visita médica, que foi acompanhada uma única vez pelos estagiários, foram visitadas quatro residências, em que foram registradas: um adulto acamado e dois idosos hipertensos (destes, uma acamada e outro com gastroenterite). Orientações, encaminhamentos para exames e prescrições de medicamentos foram realizadas para os residentes usuários do CSEZ. As áreas apresentaram um perfil de morbidades diversificado e as condições de moradia diferiram significativamente, apresentando complexidades sobre as demandas sociais e de saúde.

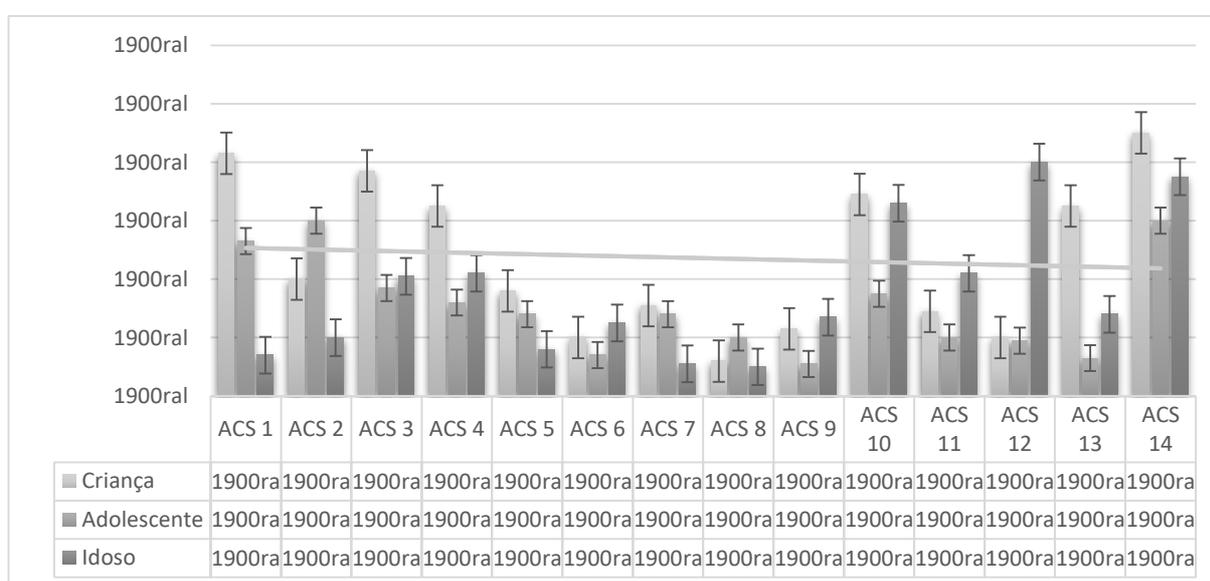
Diagnóstico situacional e mapeamento da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

As visitas domiciliares, os diários de campo e o demonstrativo dos profissionais sobre as características demográficas e de saúde dos moradores em cada microárea do CSEZ colaboraram para um diagnóstico situacional. Para Muller, Cubas e Bastos (2010), para o reconhecimento e o diagnóstico situacional dos territórios, merecem destaque as tecnologias de

análise espacial, as quais podem facilitar o planejamento, a avaliação e a tomada de decisão de profissionais e gestores perante uma situação de saúde ou necessidade diagnóstica rápida.

Com isso, foram identificados em grupos: crianças (n=660), idosos (n=497) e adolescentes (n=430). A distribuição sobre a frequência relativa dos grupos de risco difere nas áreas. Os grupos foram escolhidos de acordo a caracterização e a subjetividade populacional da área do CSEZ (Figura 2).

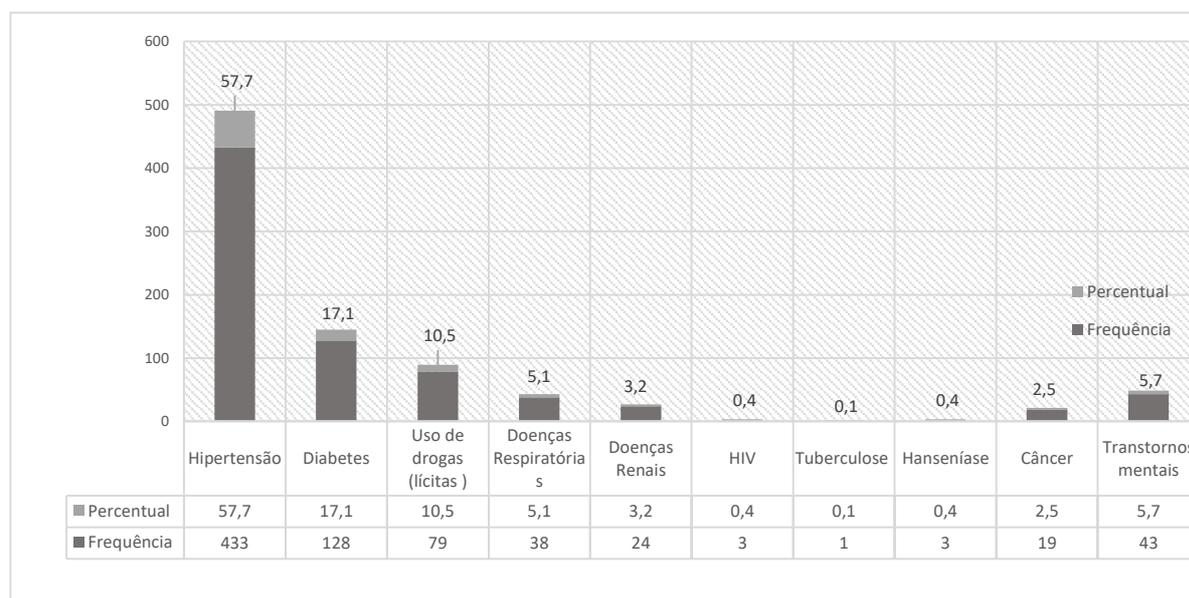
Figura 2 – Frequência relativa dos grupos de risco referente à microárea de cobertura do CSEZ, Marabá - PA, 2018.



Fonte: Os autores.

Durante o desenvolvimento do estágio, por meio das visitas realizadas com os profissionais, foi possível identificar problemas de saúde a partir da observação da realidade comunitária. O principal problema identificado foi a HAS, chegando a 57,7% de indivíduos (n=433), seguido de diabetes mellito, com 17,1% (n=128). Destes, 10,5% (n=79) afirmaram ser consumidores de drogas lícitas (álcool, tabaco). Cabe pontuar que morbidades de transtornos mentais, depressão e bipolaridade registraram cerca de 5,7% indivíduos (n=43) em toda a área do CSEZ. As morbidades que apresentaram menor registro foram hanseníase (0,4%), HIV (0,4) e tuberculose (0,1%) (Figura 3).

Figura 3 – Percentual e frequência relativa das morbidades na área de cobertura do CSEZ, Marabá - PA, 2018.

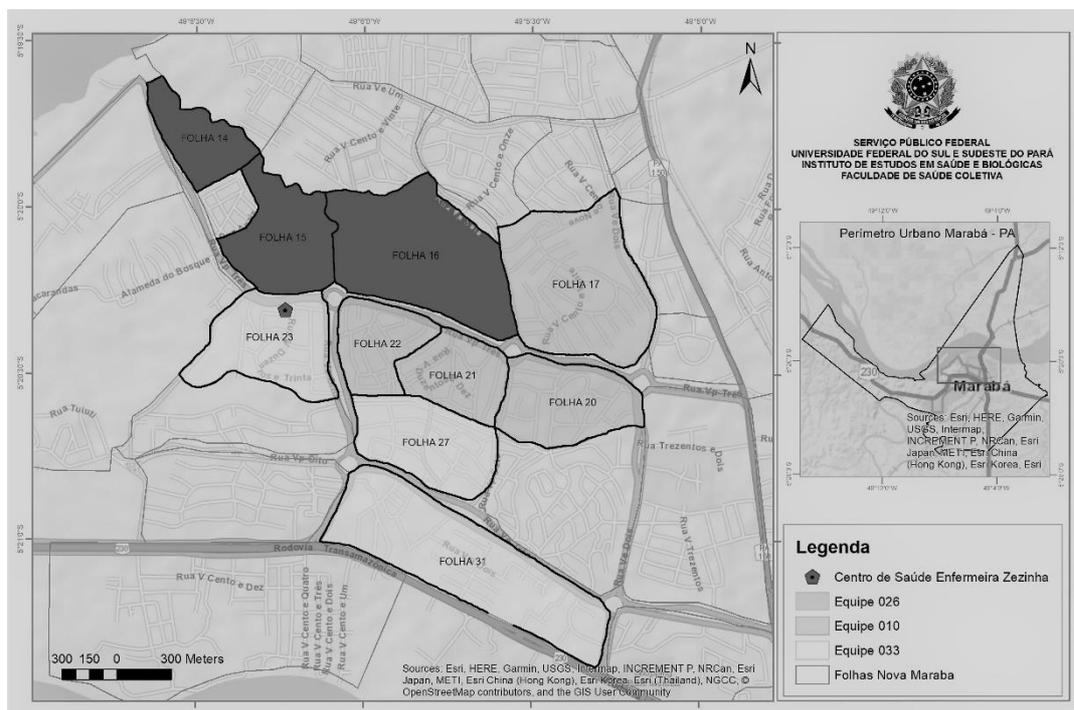


Fonte: Os autores.

Neste contexto, o conhecimento da área é um importante mecanismo de identificação das necessidades sanitárias e, principalmente, das demandas comunitárias em um território. Conhecer o espaço onde irá atuar, mapeando os principais equipamentos urbanos e problemas socioambientais e os vários aspectos que interferem na saúde dos indivíduos é de fundamental importância para qualquer serviço de saúde (BEZERRA; BITOUN, 2017).

A descrição cartográfica mostra a área de cobertura de cada equipe da ESF no CSEZ. As equipes, 026, 010 e 033, são identificadas nas cores cinza intenso, cinza intermediário e cinza claro, respectivamente (Figura 4).

Figura 4 – Mapa da área de cobertura do ESF do CSEZ, 2018.



Fonte: Os autores.

Além de propiciar uma visualização geral das áreas representadas pelas equipes, esse recurso subsidiará uma melhor compreensão das microáreas dos ACS, e, conseqüentemente, uma melhor atuação profissional ao identificar as prioridades diante dos problemas de saúde comunitário. A territorialização vem sendo utilizada como um dos mais importantes pressupostos na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas (CONASS, 2016). Ademais, possibilita um olhar crítico e reflexivo sobre as dimensões do território (COSTA; VASCONCELOS, 2016).

As atividades de territorialização relatadas nesta experiência foram fundamentais para o reconhecimento na análise da situação de saúde por meio de uma aproximação com a realidade local. A intervenção é possível com o mapeamento da área, o qual permite identificar as famílias em situação de risco ou vulnerabilidade (BARBOSA NETO *et al.*, 2017).

Com o mapeamento realizado por meio da análise cartográfica das realidades das populações, a territorialização oportuniza a participação comunitária, o controle social na saúde e, principalmente, as decisões de gestão em saúde pública. De acordo com Martins *et al.* (2019), a territorialização é um facilitador do acesso dos usuários à Atenção Básica, o que consiste em um conceito técnico na definição de territórios para distinção de responsabilidades sanitárias.

Nessa perspectiva, os territórios geográficos não devem ser somente processos de identificação e delimitação de uma área. Para Santos, Souza e Silveira (1998), o território não deve ser confundido com um mero espaço ou lugar, nem estar ligado à ideia de domínio ou de

gestão de determinada área. Segundo os autores, “a formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentimento da territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre as mesmas” (p. 214).

A territorialização, portanto, envolve não apenas questões meramente geográficas de delimitação de uma área adstrita, como também múltiplas dimensões (político, social, econômico, de saúde) sobre as condições da vida cotidiana das populações. A análise da dimensão do cotidiano permite, sobretudo, concretizar ações e práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Considerações finais

A emancipação de uma profissão é um constructo, pelo qual permeiam processos para a capacitação, o reconhecimento e a inserção profissional. São processos que interligam a teoria (conteúdo teórico) e as vivências por meio de trabalhos de pesquisa e extensão. Para os discentes do curso de graduação em Saúde Coletiva, tais etapas são de fundamental relevância para a formação. A identificação das necessidades sociais e de saúde diante do processo saúde-doença traz para a formação dos sanitaristas uma compreensão sobre as principais demandas e dilemas da saúde pública. Tais características devem fazer parte desta formação, que visa o aprimoramento do SUS em todas as instâncias e complexidades do sistema de saúde. Por isso, propiciar a vivência nos mais variados âmbitos que interferem na saúde dos indivíduos e das populações contribui consideravelmente para a formação deste profissional.

O estágio proporcionou aos discentes uma compreensão sanitária sobre as realidades sociais diante de necessidades de infraestrutura e de condições de moradia precárias, realidade que é compreendida levando em consideração as complexidades existentes em cada localidade e território. É provável que a territorialização, por meio do mapeamento da área de trabalho da ESF do CSEZ, possibilite a gestão e proporcione aos profissionais de saúde ferramentas para o planejamento e para as ações em saúde pontualmente direcionadas às necessidades socio sanitária dos indivíduos da área de cobertura do Centro de Saúde.

Nas visitas domiciliares, foram identificados vários problemas sanitários e sociais, que abrangem de condições precárias de moradia e de saneamento básico a problemas relacionados ao estado de adoecimento dos moradores. Entre todos os problemas encontrados, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se destacaram, principalmente a HAS.

O conhecimento e/ou noção do território é um aspecto que deve estar presente no trabalho de uma equipe de saúde da ESF. Nessa perspectiva, durante o estágio foram

desenvolvidas ações de caráter promocional e preventivo, tanto nas visitas domiciliares quanto na identificação das principais morbidades na área de cobertura do CSEZ.

Conhecer as principais características de uma localidade e as necessidades que rodeiam uma comunidade é de fundamental relevância para as intervenções em saúde, principalmente porque tal compreensão pode servir como subsídio para o diagnóstico situacional de uma área adstrita. Além disso, pode oportunizar o aprimoramento da gestão em saúde e o estabelecimento do equilíbrio sanitário comunitário.

Referências

- ALMEIDA, I. F. G. **Desigualdades e políticas públicas de habitação no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal da Bahia (UFBA). 158p. Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8907/1/Isaura%2520Almeida.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ARAÚJO, G. B. A. *et al.* Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 124-129, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1103/614>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ARCÊNCIO, R. A. Tecnologias em saúde para análise espacial e diagnóstico situacional dos territórios: contribuições para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 999-1000, nov./dez. 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680601i. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-0999.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BANDEIRA, O. A. *et al.* Desafios do saneamento básico na habitação popular: um estudo de caso do residencial jardim cerrado em Goiânia-GO. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 14, n. 25, p. 1788, 2017. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2017a/soc/desafios%20do%20saneamento.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BARBOSA NETO, H. J. *et al.* Relato de experiência das atividades de territorialização por residentes multiprofissionais em saúde coletiva. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Jabotão dos Guararapes, v. 11, n. 39, p. 292-299, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/991/1418>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003 e dá outras providências. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 9 jan 2004. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental Programa de Modernização do Setor Saneamento – PMSS. Unidade de Gerenciamento do Programa – UGP/PMSS. **Ferramentas Metodológicas para Diagnóstico Situacional de Sistemas e de Prestadores de Serviços de Abastecimento de Água**. Brasília, jan. 2006. Disponível em: <https://nexusbr.com/downloads/saneamento/Metodologia%20Diagnostico%20Situacional%20Sistema%20de%20Abas%20Agua.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3259-3268, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17722017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n10/3259-3268/pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAIRES, E. S.; SOUZA JÚNIOR, P. J. S. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1174-1177, 2017. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da atenção primária à saúde**. Oficina 3 – Territorialização em saúde. Guia do Facilitador. Goiás, abr. 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/07/manual-oficina-3-territorializacao.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, T. S. M. A.; FONSÊCA, G. S. F. Experiências docentes e discentes. Integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina: um relato de experiência. **Rev. Saberes Plurais: educação na saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 15-26, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/89786/53659>. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, T. C.; VASCONCELOS, T. B. Processo de territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE: relato de experiência. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 1, p. 73-81, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14363/11101>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CUNHA, M. A.; BORJA, P. C. O programa de aceleração do crescimento no estado da Bahia e os desafios da universalização do saneamento básico. **Urbe – Rev. Bras. Gest. Urbana**, Curitiba, v. 10, nov. 2018. Supl.1. DOI: 10.1590/2175-3369.010.supl1.ao09. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/urbe/v10s1/2175-3369-urbe-2175-3369010SUPL1AO09.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O cuidado para pessoas com HIV/AIDS sob a ótica de agentes comunitários de saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0018508, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00185. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018508.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

GIVISIEZ, G. H. N.; OLIVEIRA, E. L. Privacidade intradomiciliar: um estudo sobre as necessidades de ampliações em residência. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 199-223, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015218.19572015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2537.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Gênero, uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Proporção de famílias com mulheres responsáveis pela família. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

JUSTO, L. G. *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1345-1354, 2017. Supl. 1. DOI: 10.1590/1807-57622016.0512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1345.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LIMA, E. V. C. *et al.* Territorialização na atenção à saúde da família: um espaço geográfico, social e político em permanente transformação das práticas de saúde. *In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA*. Departamento de Saúde. Feira de Santana, 2011. p. 1020-1023.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013.

MARTINS, A. C. T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08492019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2095.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Qualificação profissional: Agente Comunitário de Saúde. Unidade 3 - A Ação do ACS no Diagnóstico e Planejamento das Ações de Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. Disponível em: <http://esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/09/ACS-Unidade-3-Guia-do-Aluno.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MULLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 978-982, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/17.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NEVES, R. T. N. A. **Mapeamento do território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no Município de São José do Belmonte - PE**. Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28535/1/370.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEIXOTO, M. T. *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e170794, 2019. Supl. 1. DOI: 10.1590/interface.170794. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170794.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

PINTO, R. M. F. *et al.* Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011. DOI:

10.1590/S0101-66282011000100010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RAUPP, L. *et al.* Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00058518, 2019. Supl. 3. DOI: 10.1590/0102-311x00058518. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35s3/1678-4464-csp-35-s3-e00058518.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território, Globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. DOI: 10.1590/S1981-77462010000300003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SENNA, M. C. M.; BRANDÃO, A. A.; DALT, S. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 148-166, jan./abr. 2016. DOI: 10.1590/0101-6628.060. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n125/0101-6628-sssoc-125-0148.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, J. M. Gênero e sexualidade na análise do espaço urbano. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 44, p. 117-134, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/%20geosul/article/viewFile/12612/11775>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, A. M. P.; ROJAS, F. L. L. Cartografia em saúde: mapeando as experiências, desafios e possibilidades no cotidiano do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, n. 5, p. 30-41, jan/jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/927/1408>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, F. S. *et al.* Foco e cobertura do programa Bolsa Família em crianças das coortes de nascimento BRISA, Ribeirão Preto (São Paulo) e São Luís (Maranhão), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00159718, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00159718. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n6/1678-4464-csp-35-06-e00159718.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

Experiências docentes e discentes

A INSERÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA NO PET-SAÚDE
INTERPROFISSIONALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

INSERTION OF THE PSYCHOLOGY COURSE IN PET-HEALTH
INTERPROFISSIONALITIE: AN EXPERIENCE REPORT

INSERCIÓN DEL CURSO DE PSICOLOGÍA EN INTERPROFISIONALIDADE DE
PET-HEALTH: UN INFORME DE EXPERIÊNCIA

Luana Kethlyn Bellini¹

Viridiane Klabunde Carabagialle²

Evilin Fontana³

Fábio Zanuzzo⁴

Graciela Soares Fonsêca⁵

Resumo

O programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade objetiva promover a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, focando a inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Educação Interprofissional e das práticas colaborativas, que permitam o desenvolvimento de habilidades, conhecimento e competências colaborando em âmbito profissional e acadêmico. Neste artigo, objetiva-se relatar a experiência dos estudantes de Psicologia nas ações do PET-Saúde Interprofissionalidade, desenvolvido no município de Chapecó, Santa Catarina, por meio de uma parceria entre três Instituições de Educação Superior e a Secretaria Municipal de Saúde. As ações desenvolvidas incluíram a imersão longitudinal em uma Unidade Básica de Saúde e a aproximação com as diversas atividades desenvolvidas pelo serviço, além do reconhecimento do território, de diálogos com os usuários e da elaboração e execução de um projeto de intervenção direcionado a responder à uma problemática específica identificada: a corresponsabilidade do usuário do SUS. A partir da experiência no PET-Saúde, os estudantes de Psicologia ressignificaram a profissão, compreenderam a importância do SUS e o papel que o psicólogo desempenha nele, perceberam a importância das práticas colaborativas para gerar resolubilidade e a importância da Educação Interprofissional e de uma formação em saúde abrangente, em detrimento de práticas fragmentadas, para formar profissionais competentes para o trabalho em saúde. Conclui-se que a participação no PET-Saúde Interprofissionalidade é importante e potente para os estudantes – em especial os de Psicologia – no sentido de oportunizar uma

¹ Estudante de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luana.b@unoesc.edu.br

² Estudante de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: viridiane.carabagialle@unoesc.edu.br

³ Psicóloga formada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: evilin_fontana@hotmail.com

⁴ Estudante de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: fzfabiozanuzzo@gmail.com

⁵ Cirurgiã-dentista. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

formação coerente com as demandas sociais de saúde oferecendo uma visão de integralidade, direcionada ao cuidado e bem-estar dos indivíduos.

Palavras-chave: Psicologia. Educação Interprofissional. Serviços de Integração Docente-Assistencial.

Abstract

The Education through Work for Health Program ('PET-Saúde') Interprofessionalitie aims to promote the integration between teaching, service and the community, focusing on insertion into the Unified Health System (SUS), through Interprofessional Education and collaborative practices, that allow the development of skills, knowledge and competences collaborating in a professional and academic scope. In this article, we aim to report the experience of Psychology students in the actions of 'PET-Saúde' Interprofessionalitie, developed in the municipality of Chapecó, en Brazil, through a partnership between three Higher Education Institutions and the Department of Health. The actions developed included immersion study in a Basic Health Unit and the approximation with the various activities developed by the service, in addition to the recognition of the territory, dialogues with users and the elaboration and execution of an intervention project aimed at responding to a specific problem identified: the co-responsibility of the user of the Unified Health System. From the experience at 'PET-Saúde', psychology students reframed the profession, understood the importance of SUS and the role that the psychologist plays in it, realized the importance of collaborative practices to generate resolvability and the importance of Interprofessional Education and comprehensive health training, to the detriment of fragmented practices to train competent professionals for health work. It is concluded that participation in 'PET-Saúde' Interprofessionalitie is important and potent for students – especially those in Psychology – In order to provide an education consistent with the social demands of health, offering a vision of integrality, directed to care and well-being. being of individuals.

Keywords: Psychology. Interprofessional Education. Teaching Care Integration Services

Resumen

El Programa de Educación por el Trabajo para la Salud ('PET-Saúde') Interprofesionalidade tiene como objetivo promover la integración entre la enseñanza, el servicio de salud y la comunidad, centrándose en la inserción en el Sistema Único de Salud (SUS), a través de la Educación Interprofesional y las prácticas de colaboración, que permiten el desarrollo de habilidades, conocimientos y competencias colaborando en un ámbito profesional y académico. En este artículo, nuestro objetivo es informar la experiencia de los estudiantes de Psicología en las acciones del 'PET-Saúde' Interprofesionalidade, desarrolladas en el municipio de Chapecó, Brazil, a través de una asociación entre tres instituciones de educación superior y el Departamento de Salud. Las acciones desarrolladas incluyeron inmersiones en una Unidad Básica de Salud y la aproximación con las diversas actividades desarrolladas por el servicio, además del reconocimiento del territorio, los diálogos con los usuarios y la elaboración y ejecución de un proyecto de intervención dirigido a responder a un problema específico identificado: la co-responsabilidad del usuario del Sistema Único de Salud. A partir de la experiencia en 'PET-Saúde', los estudiantes de Psicología replantearon la profesión, entendieron la importancia del SUS y el papel que desempeña el psicólogo en ella, se dieron cuenta de la importancia de las prácticas colaborativas para generar resolubilidad y la importancia de la educación interprofesional para generar prácticas integrales en salud, en detrimento de prácticas fragmentadas para graduar profesionales competentes para el trabajo de salud. Se concluye que la participación en el 'PET-Saúde' Interprofesionalidade es importante y potente para los estudiantes, especialmente los de psicología, con el fin de proporcionar una educación consistente con las demandas sociales de salud, ofreciendo una visión de integralidad, dirigida a la atención y el bienestar de los individuos.

Palabras clave: Psicología. Educación Interprofesional. Servicios de Integración Docente Asistencial.

Introdução

Com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se necessário rever o paradigma de saúde vigente até então, oferecendo maior protagonismo ao conceito ampliado que engloba aspectos sociais e psicológicos em um processo que vai além do adoecimento restrito à esfera biológica. Consequentemente, os cursos de graduação em saúde precisaram

adaptar suas matrizes curriculares para que a formação dos profissionais estivesse de acordo com os princípios do SUS – equidade, universalidade e integralidade –, além de apontar o trabalho no SUS como uma possibilidade de atuação (GUARESCHI *et al.*, 2016).

No que se refere aos cursos de Psicologia, percebe-se que ainda há dificuldades nesse sentido, conforme relata Guareschi *et al.* (2016, p. 182): “na psicologia, bem como nas demais profissões da área da saúde, predomina o referencial positivista, centrado no modelo orgânico, voltado para a intervenção assistencial em detrimento da intervenção preventiva e promotora de saúde”.

No entanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Psicologia apresentam as características gerais que devem estar presentes na formação profissional do psicólogo, como o ensino da Psicologia abrangendo a atuação profissional, a pesquisa e a extensão, visualizando uma profissão comprometida com a universalidade, integralidade, equidade e atenção à saúde (BRASIL, 2011). As DCN trazem as competências que devem ser estimuladas na graduação, sendo elas:

[...] domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais e na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2011, p. 3).

Desta forma, compreende-se que os cursos de graduação em Psicologia possuem o dever de auxiliar na constituição de um profissional que esteja apto para atuar em diversos contextos, inclusive no SUS (BRASIL, 2011), o que requer a inclusão de disciplinas que abrangem o SUS como uma prática possível para psicólogos em formação (DALTRO; PONDE, 2017). Ainda no que tange à Psicologia, Hüning e Guareschi (2005) pontuam que:

Reinventar práticas psi não diz respeito necessariamente a inventar outros métodos de intervenção, mas a introduzir outros modos de interrogar e outras interrogações, entre elas, o que pretendemos e quais as implicações de nossa prática, daquilo que afirmamos como verdades sobre os que tomamos como nossos sujeitos-objetos (p. 179).

Esse contexto tornou imperativo que a formação em Psicologia fosse repensada para que os alunos entrassem em contato com as políticas públicas de saúde, durante seu processo de graduação, visando promover o desenvolvimento de habilidades e competências específicas para a atuação adequada no SUS. Tornou-se importante, então, descentralizar o conhecimento da academia e trazê-lo para a realidade da prática (HADDAD *et al.*, 2012).

Alinhado ao movimento de mudança na formação em saúde, o Ministério da Saúde, com o objetivo de modificar a prática profissional para torná-la mais adequada a compreensão do processo saúde-doença vigente, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em parceria com o Ministério da Educação, em 2005 (BRASIL, 2007). O Pró-Saúde estruturou-se por três eixos principais: orientação teórica, cenário prático e orientação pedagógica (SILVA *et al.*, 2017). Esses eixos possuíam o objetivo de aproximar a realidade do aluno com a prática e a teoria profissional.

Posteriormente e de modo articulado ao Pró-Saúde, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), desenvolvido com o objetivo de promover a integração ensino-serviço-comunidade, com foco no desenvolvimento do SUS, por meio da educação pela experiência, de modo interdisciplinar e intersetorial, com envolvimento de acadêmicos, professores e profissionais da saúde (BRASIL, 2010; FONSÊCA *et al.*, 2014).

Em 2018, o município de Chapecó foi contemplado pelo edital do PET-Saúde Interprofissionalidade, em um projeto construído a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SESAU), a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, e a Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), com os cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina e Psicologia. As atividades do projeto foram iniciadas em abril de 2019 com a participação de, aproximadamente, 70 pessoas, organizadas em cinco grupos tutoriais, distribuídos em cinco Unidades Básicas de Saúde do município.

O programa tem como eixo central a Educação Interprofissional (EIP) em Saúde que compreende uma proposta em que as profissões aprendem conjuntamente, sobre as especificidades de cada uma e o ‘comum’ a todas, de forma integral, visando a qualidade do atendimento que será ofertado, posteriormente, aos indivíduos (BATISTA, 2012). Nesta perspectiva, a EIP torna-se essencial para que as universidades abram as portas para demandas que vão além de sua estruturação, ampliando seus processos de ensino-aprendizagem, tornando seus estudantes críticos com relação a realidade na qual estão inseridos (DIMESTEIN; MACEDO, 2012).

A EIP possui papel fundamental na construção de novas formas de conhecimento, de teorias e práticas, tornando as mesmas consoantes com a realidade que os profissionais vivenciam, uma vez que a saúde não pode ser vista com um olhar rígido e único e, dessa forma, a atuação da Psicologia com outros profissionais aumenta a percepção da prática do psicólogo na atenção à saúde (COUTO; SCHIMITH; DALBELLO-ARAUJO, 2013).

O presente artigo relata a experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade SESAU - UFFS/UDESC/UNOESC, a partir do olhar dos estudantes de Psicologia, no ano de 2019, trazendo problematizações sobre a formação e suas limitações dentro do trabalho interprofissional.

Metodologia

O PET-Saúde Interprofissionalidade se organiza a partir de grupos tutoriais, confirmados por acadêmicos, voluntários e bolsistas, das diferentes Instituições de Ensino Superior (IES) e dos diferentes cursos que compõem o projeto: Enfermagem, Medicina, Educação Física e Psicologia. Além deles, estão os docentes, coordenadores e tutores de diversas áreas da saúde e preceptores que são profissionais de saúde do município. As atividades relatadas ocorreram em uma determinada Unidade Básica de Saúde, entre os meses de abril e dezembro de 2019.

Este artigo apresenta um relato de experiência, baseado na vivência dos acadêmicos do curso de Psicologia da Unoesc no programa PET-Saúde Interprofissionalidade SESAU - UFFS/UDESC/UNOESC, construído a partir dos registros impressos nos relatórios dos participantes, contendo as observações, reflexões e as impressões pessoais no período supracitado. Compreende-se por relato de experiência a descrição da vivência dos autores, assim como a reflexão acerca de ações realizadas em contexto profissional que contribuem para ciência (LIMA CAVALCANTE; LIMA, 2012; SERRA; LIMA, 2020).

Resultados e discussão

As atividades propostas pelo PET-Saúde Interprofissionalidade possuem como objetivo aproximar os estudantes das vivências dos profissionais que atuam no SUS, bem como viabilizar o eixo ensino-serviço-comunidade, desenvolvendo a EIP, mediante o sistema de tutoria, de responsabilidade dos professores da IES, e da preceptoria desenvolvida pelos profissionais dos serviços de saúde (NOGUEIRA; BRITO, 2017).

Os estudantes vinculados ao grupo tutorial, que desenvolveu suas ações na Unidade Básica de Saúde onde a experiência ocorreu, foram divididos em dois grupos e, em cada um deles, havia um professor para organizar e acompanhar as atividades e, no mínimo, um profissional da Rede de Atenção à Saúde. Inicialmente, os estudantes conheceram o trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde, visitando o local e acompanhando o trabalho dos profissionais que ali atuam, tais como: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

que, em Chapecó, é formado por psicólogo, assistente social, educador físico, nutricionista e farmacêutico.

Essa visita inicial possibilitou que os estudantes conhecessem a realidade do serviço de saúde, que até então era desconhecida para alguns deles. Desta forma, Albuquerque *et al.* (2008) atestam a importância do PET-Saúde como uma ferramenta de inserção dos estudantes em realidades não acessadas por eles dentro da universidade, podendo então enxergar a sua prática dentro dos serviços públicos de saúde, comprometendo-se com o SUS.

Além disso, foi possível observar, principalmente a partir da reflexão sobre o atendimento médico, a pouca ou a ausência de práticas colaborativas, uma vez que, notou-se que o profissional apresentou uma tendência para centralizar as demandas que apareceram na Unidade Básica de Saúde naquele dia. Observou-se, ainda, um aspecto automático no trabalho realizado por esse profissional, já que sua abordagem baseou-se em levantar queixas, sinais e sintomas e realizar uma prescrição, comumente medicamentosa, a partir deles, incluindo os casos de queixas relacionadas à saúde mental. Conforme apontam Lima *et al.* (2013), as práticas de saúde dentro das Unidade Básica de Saúde ainda estão muito centradas na produção de receitas e diagnósticos, e quando falamos sobre saúde mental, a Estratégia Saúde da Família ainda não possui mecanismos para o cuidado psíquico. Em partes, isso ocorre porque, dentro das matrizes curriculares dos cursos de graduação, há pouco espaço para a saúde pública e suas práticas (NOGUEIRA; BRITO, 2017).

Na sequência, os grupos realizaram uma visita a uma das microáreas do território da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde, juntamente com uma Agente Comunitária de Saúde e uma das tutoras. O local visitado apresenta grande vulnerabilidade social, o que chamou a atenção dos estudantes, pois havia muito lixo nas ruas, as casas não estavam em boas condições físicas, os moradores sentiam-se desprotegidos em função, principalmente, da presença do tráfico de drogas na região. Logo, foi possível perceber o quanto a saúde é mais do que apenas a ausência de doenças, e envolve questões econômicas, de moradia, de lazer, dentre outros fatores (BOTAZZO, 2013). A experiência no PET-Saúde permite compreender o quanto importante é analisar a saúde a partir de um determinismo social, focando o olhar para além da biologia e avaliando o quanto a condição e a posição social das pessoas interferem em seu estado (FONSÊCA *et al.*, 2014).

Nas imersões seguintes, os estudantes dialogaram com os usuários da Unidade Básica de Saúde no sentido de conhecer melhor a realidade local e se aproximar dos usuários do serviço. Nesses diálogos, puderam reforçar a compreensão de como as questões sociais estão relacionadas com as condições de saúde, além de levantar as percepções que as pessoas

apresentam no que tange ao SUS, surpreendendo-se positivamente visto que a maior parte das colocações caracterizam o SUS como essencial, apesar dos desafios que ele enfrenta no seu processo de construção. Constatações semelhantes foram apontados por outros autores que analisaram o PET-Saúde (FONSÊCA *et al.*, 2014).

Em uma dessas imersões, o grupo vivenciou a seguinte situação: um homem, não identificado, com idade média de 50 anos, adentrou ao serviço, sentou-se em um dos bancos da sala de espera e, após um tempo, abordou os demais usuários em busca de dinheiro. Na sequência, adormeceu em um dos bancos e logo despertou chorando, irritado e começou a gritar e fazer ameaças em direção a uma mãe com seu bebê que estavam aguardando atendimento, movendo-se impientemente pela recepção. O indivíduo falava sobre seu desejo de ser atendido por uma médica em específico e, como não foi possível, ficou violento e ameaçou também os funcionários. A história só findou quando uma das técnicas de enfermagem fingiu ligar para a polícia e o homem se acalmou. Boa parte da equipe assistiu ao *show* e poucos souberam como atuar de maneira resolutiva.

A vivência foi gatilho para que uma discussão sobre práticas colaborativas fosse iniciada. Dentre os questionamentos, ressaltam-se: ‘Como um dentista pode identificar demandas e solicitar um encaminhamento para outro profissional?’; ‘Como um enfermeiro pode perceber as necessidades do paciente?’; ‘Como um psicólogo pode intervir no bem-estar físico de um usuário?’. Esses questionamentos foram de grande valia para que fosse possível verificar o quanto a formação fragmentada, ainda hegemônica nos cursos de graduação em saúde, é insuficiente para oportunizar práticas de saúde voltadas para o cuidado integral (JUNQUEIRA, 2016) e como a Educação Permanente em Saúde, também conformada de modo interprofissional, tem sido efetiva para que os profissionais e os futuros profissionais consigam se desvincular de paradigmas antigos e que não cabem mais no contexto de saúde atual (NOGUEIRA; BRITO, 2017).

Outra atividade proposta foi um estudo de caso complexo levantado pela equipe, que envolvia a história de uma família em situação de vulnerabilidade social e negligência com relação ao cuidado das crianças, além de dificuldades na comunicação entre a família e o serviço de saúde. A partir da construção do caso, por meio de informações contidas no prontuário da família e de entrevistas com os profissionais da equipe, o grupo elaborou estratégias e intervenções abrangendo ações comuns e específicas para todos os profissionais, no sentido de melhorar a realidade da família. Nesta atividade, trabalhou-se com a noção de que os serviços de saúde, além de se organizar interprofissionalmente, precisam trabalhar em Rede e entre setores, acessando outros serviços visando construir respostas adequadas para cada contexto

(CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016). Foi possível perceber os limites de atuação de cada categoria profissional e a potência das práticas colaborativas no sentido de encaminhar as questões complexas de maneira mais resolutiva (COSTA, 2019).

A partir desse acúmulo de conhecimento inicial sobre o serviço e as práticas desenvolvidas, o grupo foi desafiado a elaborar um projeto de intervenção direcionado para amenizar um problema específico, identificado a partir da construção de uma árvore de problemas: ‘A corresponsabilidade do usuário do SUS’. A vivência no serviço de saúde revelou que existe um grande número de faltas em consultas e exames, e pouca ‘apropriação’ da população em relação ao funcionamento do SUS, bem como sobre os direitos e os deveres dos cidadãos na esfera da saúde pública. Essas questões acarretam em problemáticas que geram limitações para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a qualidade do serviço prestado.

No intuito contribuir com a transformação dessa realidade, diversas ações foram propostas e desenvolvidas pelo projeto de intervenção como a reativação do Conselho Local de Saúde, que encontrava-se inativo há anos; a construção de uma página em rede social para viabilizar a comunicação com a comunidade; a organização e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde em escolas, empresas e outros espaços sociais do território; orientações para públicos específicos durante as campanhas do outubro rosa e do novembro azul; sensibilização para os Agentes Comunitários de Saúde, dentre outras.

Para organização e planejamento de todas as ações, os estudantes, preceptores e tutores interagiram, de maneira interprofissional, valorizando os diferentes saberes e oferecendo espaço para os saberes específicos de cada categoria profissional representada no grupo (COSTA, 2019). Foram realizados inúmeros encontros para discussão, problematização, planejamento e alinhamento das atividades que seriam desenvolvidas utilizando-se de metodologias participativas e dialógicas.

Assim, os estudantes de Psicologia puderam conhecer um cenário para atuação futura ainda pouco explorado pela IES: o SUS e, em especial, a Atenção Básica. Puderam, ainda, enxergar as possibilidades da contribuição do saber específico da área no cuidado oferecido aos usuários e suas famílias e como ele pode potencializar a resolubilidade. Por fim, foi possível compreender a organização e os desafios do trabalho em equipe e das práticas colaborativas em saúde no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Percebe-se que as atividades desenvolvidas pelo PET-Saúde aprimoraram a visão profissional dos estudantes de Psicologia, seja nas competências do trabalho em equipe, na impressão que os estudantes passam de suas respectivas áreas frente aos outros, na

representatividade da sua própria área de estudo e o que o estudante expressa sobre ela, e a comunicação interprofissional para que cada fala dos estudantes convergisse no mesmo ponto da discussão sobre saúde e trabalho no SUS.

As principais dificuldades estiveram relacionadas à conciliação de horários, entre os atores – vinculados à diferentes instituições – e ao ‘desnívelamento’ teórico-conceitual em relação ao SUS e as políticas públicas de saúde, visto que, em alguns cursos, há um foco nesse aspecto e, em outros, como é o caso da Psicologia, a graduação é direcionada, de modo hegemônico, para o trabalho clínico liberal, havendo exceções que trazem diferentes focos de atuação prática pela país. Com a aprovação das Diretrizes Curriculares do curso de Psicologia, vêm ocorrendo alterações na questão do foco no trabalho clínico, como a maior concordância entre a área clínica e os demais campos de atuação profissional e a compreensão da clínica, alterando o foco de consultório privado para o cuidado com o contexto social do fazer clínica (FERREIRA NETO, 2010). Estratégias foram experimentadas para superar essas limitações e, com o passar do tempo, os integrantes do PET-Saúde perceberam que o ‘desnívelamento’, na verdade, era um estímulo para a busca e construção de conhecimentos, aliado a trocas de experiências entre os membros do grupo.

As potencialidades do PET-Saúde no sentido de contribuir com a formação de profissionais dotados de conhecimentos, habilidades e atitudes afinados às demandas do SUS são evidentes e foram reforçadas por uma série de estudos que se dedicaram a temática ao longo dos mais de dez anos de existência do PET-Saúde (FONSÊCA *et al.*, 2014; JUNQUEIRA, 2016). A relevância desse trabalho encontra-se na apresentação do olhar singular dos estudantes de Psicologia em uma proposta interinstitucional que envolve três IES, experiência única no Brasil no atual cenário de desenvolvimento do PET-Saúde Interprofissionalidade.

Considerações finais

A participação dos estudantes de Psicologia no PET-Saúde Interprofissionalidade SESAU - UFFS/UDESC/UNOESC vem proporcionando a construção de conhecimentos significativos e ressignificados referentes ao trabalho no SUS e às práticas colaborativas em saúde. As inserções na Atenção Básica proporcionaram que aos estudantes o contato direto com outras áreas profissionais, além da compreensão do que é o SUS, do funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde, e a necessidade de se pensar integralmente no indivíduo, juntamente com demais profissionais da saúde. Assim como o vivenciar a prática.

Conclui-se que a participação no PET-Saúde Interprofissionalidade é importante e potente para os estudantes – em especial os de Psicologia – no sentido de oportunizar uma

formação coerente com as demandas sociais de saúde oferecendo uma visão de integralidade, direcionada ao cuidado e bem-estar dos indivíduos. Os estudantes puderam se aproximar de uma possibilidade de atuação pouco discutida no âmbito curricular e se enxergar no trabalho desenvolvido pela equipe que atua na Atenção Básica à Saúde, reforçando a compreensão do conceito ampliado de saúde e a importância das práticas colaborativas.

Torna-se fundamental incorporar ações dessa natureza nas estruturas curriculares dos cursos de graduação em Psicologia com vistas a garantir a formação de psicólogos competentes para atuar no SUS, desenvolvendo práticas colaborativas em saúde direcionadas para intervenção efetiva no processo saúde-doença.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 fev. 2020.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad. FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 25-28, 2012. Disponível em: http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 421**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde, e nº 422, que estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, de 3 de março de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução, 5 de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Portal MEC, Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 20 jan. 2020.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1625-1636/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

COSTA, M. V. A Educação Interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. *In*: SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. **Nova formação em saúde pública**: Aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP,

RedEscola, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe1/116-126/pt/>. Acesso em: 24 jan. 2020.

COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000200018&script=sci_arttext. Acesso em: 24 jan. 2020.

DALTRO, M. R.; PONDÉ, M. P. Internato em psicologia: aprender-a-refletir-fazendo em contextos de prática do SUS. **Psicopedagogia**, São Paulo, v. 34, n. 104, p. 169-179, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v34n104/07.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. spe, p. 232-245, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000500017&script=sci_arttext. Acesso em: 25 jan. 2020.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 390-403, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2020.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 571-583, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n50/571-583/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

GUARESCHI, F. N. M. *et al.* A avaliação psicológica, psicopatologia e as psicoterapias na formação do profissional de saúde para o SUS: um estudo dos currículos dos cursos de Psicologia. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 171-204, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/viewFile/4980/3988>. Acesso em: 26 jan. 2020.

HADDAD, A. E. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 3-4, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2020.

HÜNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. Problematizações das práticas psi: articulações com o pensamento foucaultiano. **Athenea Digital**, Barcelona, n. 8, p. 95-108, 2005. Disponível em: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6451/ssoar-athenea-2005-8-guareschi_et_al-problematizacoes_das_praticas_psi_articulacoes.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 jan. 2020.

JUNQUEIRA, S. R. O impulso que nos faz voar. In: JUNQUEIRA, W. R.; CARVALHO, Y. M. **Formação em Saúde: experiências nos serviços e invenções coletivas**. São Paulo: Yendis, 2016.

LIMA CAVALCANTE, B. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/download/3447/2832>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LIMA, A. I. O. *et al.* O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas psicol. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751531005.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

NOGUEIRA, F. J. S.; BRITO, F. M. G. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João

del Rei, v. 12, n. 2, p. 374-387, 2017. Disponível em:
http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/viewFile/2448/1692. Acesso em: 22 jan. 2020.

SERRA, A. E. G.; LIMA, R. C. R. O. Promoção da saúde para pessoas no regime semiaberto do sistema penitenciário: relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 1270-1281, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n123/1270-1281/>. Acesso em: 07 fev. 2020.

SILVA, E. F. *et al.* Formação do Psicólogo no SUS: revisando a base de sua formação. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13, p. 230-246, 2017. Disponível em:
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/download/12951/12382>. Acesso em: 08 fev. 2020.

Ensaio e debates

DAS MANHÃS E DO AMANHÃ: SEIS PEDAGOGIAS PARA A UNIVERSIDADE

ON TODAY AND TOMORROW: SIX PEDAGOGIES FOR THE UNIVERSITY

DE LAS MAÑANAS Y DEL MAÑANA: SEIS PEDAGOGÍAS PARA LA UNIVERSIDAD

Rafael Arenhaldt¹

Resumo

Neste exercício reflexivo, de caráter ensaístico, apresento inquietações sobre a Universidade. Como mobilizador do pensar, pergunto: qual é a Universidade que se anuncia e se avizinha em tempos vindouros? O que está a emergir dos subterrâneos da Universidade? Que Universidade é esta que estamos a fazer a cada manhã? Trata-se de uma escrita-pensamento inspirado em obras de referência do campo da literatura, da sociologia e da educação. Procuo colocar em diálogo intelectuais e pensadores contemporâneos como: Adélia Prado, Italo Calvino, Paulo Freire, Humberto Maturana, José Saramago, Edgar Morin, Michel Maffesoli e Boaventura de Sousa Santos. Nesse sentido, o texto apresenta como ideias-força seis pedagogias da Universidade do amanhã: a Pedagogia da Indignação, a Pedagogia do Respeito, a Pedagogia da Lucidez, a Pedagogia da Compreensão, a Pedagogia do Exemplo e a Pedagogia da Intensidade Democrática.

Palavras-chave: Universidades. Pedagogia. Ensaio.

Abstract

In this reflexive, essay-like exercise, I pose inquietudes on university. As a mobilizer of thought, I ask: what is the university that is announced and is about to come? What is emerging from the undergrounds of the University? What is this university we are making today? This is a thought-writing inspired in reference works in literature, sociology, and education. I try to elicit dialogs among contemporary intellectuals and thinkers such as Adélia Prado, Italo Calvino, Paulo Freire, Humberto Maturana, José Saramago, Edgar Morin, Michel Maffesoli and Boaventura de Sousa Santos. In this sense, the text presents six pedagogies of the University of tomorrow as strength-ideas: the Pedagogy of Indignation, the Pedagogy of Respect, the Pedagogy of Lucidity, the Pedagogy of Comprehension, the Pedagogy of Example and the Pedagogy of Democratic Intensity.

Keywords: Universities. Teaching. Essay.

Resumen

En este ejercicio reflexivo, de naturaleza ensayística, presento inquietaciones acerca de la Universidad. Como movilizador del pensar, pregunto: ¿cuál es la universidad que se anuncia y se avecina en los tiempos venideros? ¿Qué está emergiendo del subterráneo de la Universidad? ¿Qué Universidad es esta que estamos haciendo cada mañana? Se trata de una escritura-pensamiento inspirada en obras de referencia en el campo de la literatura, sociología y educación. Busco poner en diálogo intelectuales y pensadores contemporâneos como: Adélia Prado, Ítalo Calvino, Paulo Freire, Humberto Maturana, José

¹ Professor Adjunto da Faculdade de Educação e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Pesquisador do Núcleo de Estudos Educação e Gestão do Cuidado (CNPQ/UFRGS). E-mail: rafael.arenhaldt@ufrgs.br

Saramago, Edgar Morin, Michel Maffesoli y Boaventura de Sousa Santos. En este sentido, el texto presenta como ideas-fuerza seis pedagogías de la Universidad del mañana: la Pedagogía de la Indignación, la Pedagogía del Respeto, la Pedagogía de la Lucidez, la Pedagogía de la Comprensión, la Pedagogía del Ejemplo y la Pedagogía de la Intensidad Democrática.

Palabras clave: Universidades. Enseñanza. Ensayo.

Com a força e a potência que as palavras carregam, preciso, antes de tudo, manifestar que foi numa manhã qualquer em uma Universidade (essas manhãs que representam todas as manhãs potentes da vida) que aprendi a pensar e me reconheci um ser político. Manifestar que foi numa manhã qualquer da vida na Universidade (daqueles amanheceres silenciosos, embriões da tormenta) que fiz a gestação de um outro, que nasci de mim mesmo. Manifestar que foi numa manhã qualquer da Universidade que vivi (não sei bem qual, mas dessas manhãs que tem um pouco de todas aquelas manhãs que acordamos para a vida) que fez-se, então, um novo amanhã, para mim e (certamente) para tantos outros. Assumo aqui o ‘Das manhãs’ como uma metáfora para um tempo inaugural de mudanças, para o dia que, ao se abrir ao mundo, revela a força dos movimentos de um tempo e da vida que nos deslocam, desacomodam e nos transformam².

Com estas primeiras palavras lanço as sementes de gratidão à formação que tive em uma Universidade. Uma Universidade que forma profissionais, mas antes de tudo educa pessoas em um processo de humanização. Uma Universidade que também forma docentes. Foi ali me fiz professor e pessoa, humanizei-me. Uma *casa*, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tenho o maior orgulho de ter sido estudante e, atualmente, docente. Ingresso em uma Licenciatura, de Pedagogia, em 1995, uma relação que, cronologicamente – tempo *Khrónos*³ – ultrapassa duas décadas e meia, mas também uma experiência de intensidade – tempo *Aión*⁴ – partilhada e sentida. Particularmente a experiência de ser e estar, viver e tecer a Universidade tem sido da ordem da intensidade, daquilo que afeta, me toca, me faz movimentar e me deslocar, frequentemente, de um certo lugar. Dentro destes tempos a minha vida se tece nesta Universidade, se faz nestes espaços e se constitui entrelaçado pelos encontros das vidas de tantos que – como eu – apostam parte de sua existência nesta instituição.

² As ideias-força deste ensaio têm origem na sistematização da Aula Inaugural do semestre 2016/2 que proferi por ocasião das homenagens dos 45 anos da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ *Khónos*, para os gregos, é o tempo enquanto número do movimento, é o tempo dividido e organizado sequencialmente, é o tempo sucessivo e cronometrado em segundos, minutos, horas, dias, anos, décadas etc, e dividido entre passado e o futuro, sendo o presente o instante limite.

⁴ *Aión* é o tempo “da experiência. É o tempo da qualidade e não da quantidade. É o tempo que não passa. Que não se sucede. É o tempo que dura” (KOHAN, 2018, p. 302).

Trata-se aqui de um exercício ensaístico sobre a experiência⁵ em reflexão. Portanto, um convite ao risco e de um aventura-se a mirar o amanhã, porém preenchido da intensidade da experiência do aqui e do agora. Tarefa, por um lado, um tanto pretensiosa e, por outro, potente. Exercício que nos alavanca a sonhar, que nos catapulta a confabular e que nos convoca, como diz Adélia Prado (Figura 1), a admirar o extraordinário do cotidiano, esse extraordinário que germina todas as manhãs de nossa prática pedagógica, social e política na Universidade.

Figura 1 – Adélia Prado e o extraordinário do cotidiano.



Fonte: Blog Eu Conto Histórias⁶.

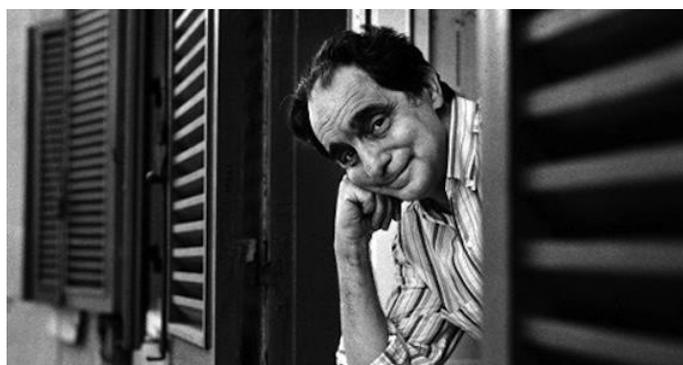
Mas qual a Universidade que se anuncia e se avizinha em tempos vindouros? Que Universidade está a germinar todas as manhãs? O que está a emergir dos subterrâneos da Universidade a cada novo amanhã? Quais as pistas, as latências e as possibilidades que se consubstanciam aqui e que são sinais do futuro? Que Universidade é esta que estamos a fazer a cada manhã?

Inspirado em Italo Calvino (Figura 2), nas Seis propostas para o próximo milênio, quero pensar e compartilhar sobre seis propostas para uma Universidade do amanhã. No rastro do pensamento do escritor italiano a questão-provocação para o coletivo multiforme, diverso e complexo de uma Universidade é: quais são as virtudes a orientar não apenas a nossa atividade de educadores e pesquisadores, mas cada um dos gestos de nossa existência?

⁵ Tomo aqui a palavra *experiência* inspirado em Kohan (2018) em que o radical ‘*per*’ é o mesmo ‘*per*’ de percurso, ou seja, podemos dizer que, neste caso, experiência é deslocar-se, é movimento, é sair de um lugar e encontrar outro. Da mesma forma a palavra ‘perigo’ tem o mesmo ‘*per*’, sugerindo que uma *experiência* de intensidade é perigosa, é arriscada, é uma aventura.

⁶ Disponível em: <http://www.eucontohistorias.com.br/adelia-prado>. Acesso em: 04 jun. 2020.

Figura 2 – Italo Calvino e as seis propostas para o próximo milênio.



Fonte: Site Efemérides do Éfemello⁷.

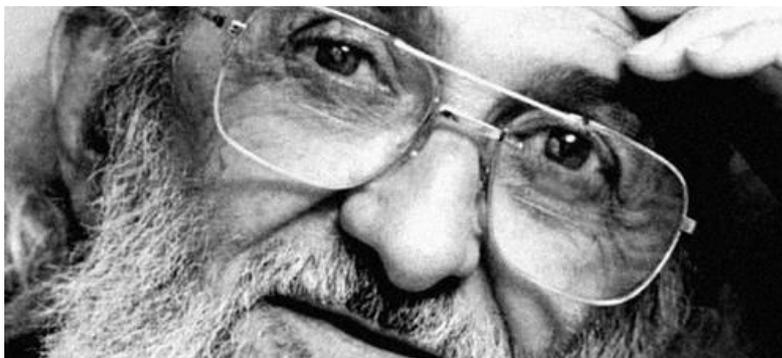
Se Calvino (1990) propõe em suas Seis Conferências as qualidades de: leveza, rapidez, exatidão, visibilidade, multiplicidade e consistência, para a literatura, proponho, então, pensar seis propostas para o amanhã da Universidade ou ainda seis pedagogias da Universidade do amanhã: a Pedagogia da Indignação, a Pedagogia do Respeito, a Pedagogia da Lucidez, a Pedagogia da Compreensão, a Pedagogia do Exemplo e a Pedagogia da Intensidade Democrática.

Refiro-me, primeiramente, a uma Universidade que seja capaz de se indignar com as injustiças nossas de cada dia, que tenha força e se faça combustível para lutar contra todas as formas de discriminação e preconceitos. Uma pedagogia que se indigne contra as categorias reducionistas, estreitas e homogêneas do pensar.

Esta é a 1ª Proposta – A Pedagogia da Indignação. E ao destacar esta pedagogia, faço referência a Paulo Freire (Figura 3). A Pedagogia da Indignação, aqui, tem relação intrínseca com o título homônimo da obra, bem como a perspectiva dialética de Freire (2000) em que não é possível compreender a indignação descolada do seu oposto antagônico, ou seja, do amor e da esperança.

⁷ Disponível em: <https://efemeridesdoefemello.com/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

Figura 3 – Paulo Freire e a pedagogia da indignação.



Fonte: Instituto Paulo Freire ⁸.

Uma Universidade capaz de reconhecer e “respeitar o outro como um legítimo outro na relação de convivência” (MATURANA, 1998, p. 23).

Figura 4 – Humberto Maturana e o outro legítimo outro na convivência.



Fonte: Blog de Kelton Medeiros ⁹.

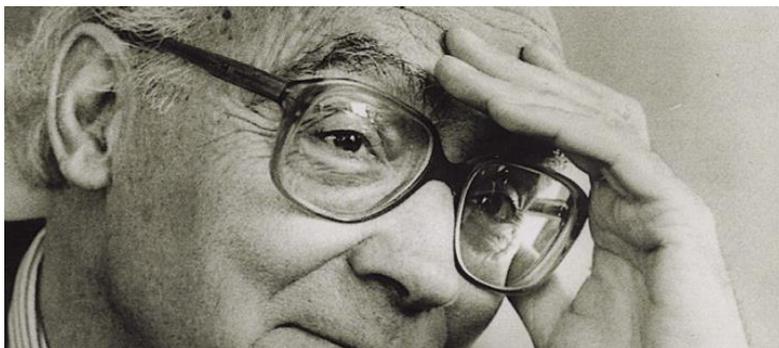
Esta é a 2ª Proposta – A Pedagogia do Respeito, que mediados pelo olhar e pela obra de Humberto Maturana (Figura 4), nos remete a etimologia da palavra respeito que vem do latim *res-pectare* (CUNHA, 2001, p. 678), no sentido de re-respeitar e rever, de re-olhar e de se reconhecer no outro.

Por uma Universidade que, metaforicamente, abra nossos olhos e faça-nos lembrar das cegueiras nossas de cada dia.

⁸ Disponível em: www.acervo.paulofreire.org. Acesso em: 04 jun. 2020.

⁹ Disponível em: <https://keltonmedeiros.wordpress.com/2017/02/06/maturana-e-biologia-do-conhecer/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

Figura 5 – José Saramago e o ensaio sobre a cegueira.

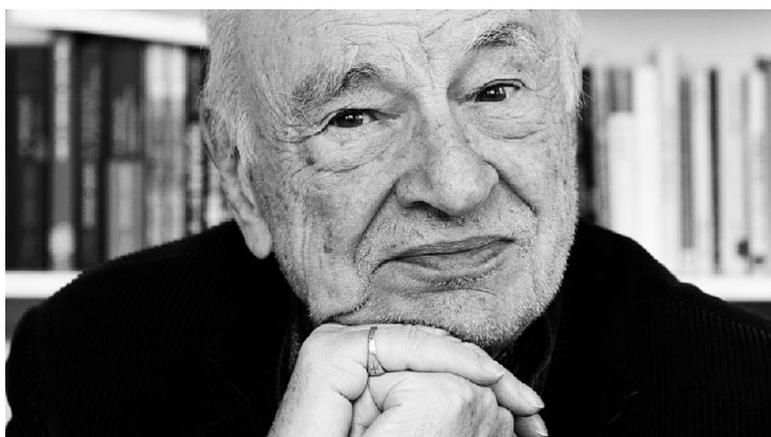


Fonte: Fundação José Saramago¹⁰.

Esta é a 3ª Proposta – A Pedagogia da Lucidez. Ao pensar numa pedagogia da lucidez invoco José Saramago (Figura 5), que é contrária à cegueira, a cegueira que não nos permite ver as injustiças do mundo, por não sabermos ver, ou por naturalizá-la.

Por uma Universidade indutora de movimentos e processos de compreensão da vida e suas múltiplas manifestações, da existência, das relações sociais, do trabalho e da criatividade humana. Que desenvolva uma ciência e um conhecimento socialmente referenciado, um “conhecimento prudente para uma vida decente” (SANTOS, 2000), naquilo que Edgar Morin (Figura 6) destaca em “ensinar a compreensão” (2001, p. 93).

Figura 6 – Edgar Morin e a ética da compreensão.



Fonte: Site Libération¹¹.

¹⁰ Disponível em: <https://www.josesaramago.org/programa-20-anos-do-nobel-a-jose-saramago/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

¹¹ Disponível em: <https://www.liberation.fr/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

A perspectiva é de uma razão aberta e sensível, daquilo que Maffesoli (Figura 7) denomina de “raciovitalismo” (1998, p. 63), sustentada na “ética da compreensão” (MORIN, 2005, p. 109), em contraponto a lógica da explicação e da separação. Esta é a 4ª Proposta – A Pedagogia da Compreensão.

Figura 7 – Michel Maffesoli e o elogio da razão sensível.



Fonte: Canal Curta¹².

Por uma Universidade que induza e catalize dentro de si processos abertos, sensíveis, amorosos, respeitosos da vida, da radicalidade da cooperação e da colaboração e que suas atitudes sejam na vivência cotidiana a “corporeificação das palavras pelo exemplo”, como ensina Freire (1996, p. 38).

Esta é a 5ª Proposta – A Pedagogia do Exemplo, ou seja, da coerência entre o que se diz e o que se faz, entre o que se anuncia e se realiza, entre a teoria e a prática.

Que as nossas experiências humanas e pessoais, acadêmicas e sociais no âmbito da Universidade sejam impregnadas de um fazer institucional e cotidiano genuinamente e radicalmente democrático de alta intensidade, parafraseando Boaventura de Sousa Santos (Figura 8). Em outras palavras, uma Universidade – ou uma pluriversidade – que responda à altura os desafios dos tempos atuais, da sociedade, da humanidade, da cidadania planetária. Uma Universidade comprometida com reinvenção da democracia hoje e amanhã.

¹² Disponível em: https://canalcurta.tv.br/filme/?name=michel_maffesoli. Acesso em: 05 jun.2020.

Figura 8 – Boaventura de Sousa Santos e a democracia de alta intensidade.



Fonte: Secom/UFRGS – Arquivo¹³.

Esta é a 6ª Proposta – A Pedagogia da Intensidade Democrática, ou “para uma democracia de alta intensidade” (SANTOS, 2007, p. 83).

O convite-exercício-provocação é, portanto, no sentido de anunciarmos outras tantas Pedagogias que tecerão a Universidade do amanhã. A narrativa do amanhã da Universidade é tecida na palavra e no estar-junto. Pela voz entrelaçada num coletivo, com o outro, pela nossa palavra-ação. A narrativa do amanhã da Universidade é tecida numa conversa anódina, num bate-papo ordinário qualquer, no encontro e numa reunião, numa sala de aula ou num laboratório do Campus. É tecida por nós, é colorida, é diversa, um tecido que se forma neste fazer coletivo e que ao mesmo tempo nos forma. Essa Universidade é produzida todas as manhãs que abre suas portas (e seus portais) e acolhe seus estudantes que aqui depositam sonhos de um outro amanhã.

Referências

CALVINO, I. **Seis propostas para o próximo milênio: lições americanas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

¹³ Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/boaventura-de-sousa-santos-realiza-conferencia-na-ufrgs>. Acesso em: 05 jun.2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

KOHAN, W. O. A escola como experiência: entrevista com Walter Omar Kohan. Entrevista concedida a Ivan Rubens Dário Jr. e Luciana Ferreira da Silva. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 298-304, jan./abr. 2018.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.

MORIN, E. **O método 6: ética**. Porto Alegre: Sulina, 2005. 222 p.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SARAMAGO, J. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Pesquisas

O PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS PLANOS DE ENSINO DAS ATIVIDADES CURRICULARES OBRIGATÓRIAS

THE PROCESS OF EDUCATION IN HEALTHCARE: AN ANALYSIS OF MANDATORY CURRICULAR ACTIVITIES

EL PROCESO DE FORMACIÓN EN SALUD: UN ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES CURRICULARES MANDATORIAS

Renata Riffel Bitencourt¹

Manuella Goulart Buchmann²

Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz³

Cristiane Machado Mengatto⁴

Juliana Rombaldi Bernardi⁵

Vanuska Lima da Silva⁶

Fabiana Schneider Pires⁷

Resumo

A aplicação de concepções éticas, humanistas e cuidadoras no ensino e no exercício profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), prerrogativa das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas há mais de uma década, ainda é um desafio nos currículos dos cursos da graduação em saúde do Brasil. Este estudo foi desenvolvido pelo grupo PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) GraduaSUS e teve o objetivo de utilizar os conteúdos dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias para analisar os currículos dos cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A análise documental centrou-se na busca de termos que revelassem conteúdos e

¹ Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. E-mail: renatariffel@gmail.com

² Acadêmica. Curso de Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) E-mail: manuella.gbuchmann@gmail.com

³ Nutricionista. Docente Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: elizianeruiz@yahoo.com.br

⁴ Cirurgiã-dentista. Docente do Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cristianemach@yahoo.com.br

⁵ Nutricionista. Docente Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: juliana.bernardi@yahoo.com.br

⁶ Nutricionista. Docente Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: vanuskal@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspires@gmail.com

competências abordados nas atividades de ensino curriculares obrigatórias e que indicassem uma formação que contemplasse o SUS. Foi realizada análise documental de 325 planos de ensino de disciplinas e de estágios obrigatórios dos cursos, vigentes no ano de 2016, para caracterizar o processo de formação e relacionar com o trabalho no SUS. Os documentos foram examinados com o apoio do programa NVivo® versão 11.0, e os termos foram exportados para planilhas do *Software Excel*®, onde foram gerados quadros e gráficos. Observou-se grande diferença em relação à frequência dos termos pesquisados nas atividades de ensino curriculares ao longo da graduação dos diferentes cursos. Os planos de ensino analisados refletem fragilidades e apontam para processos formativos apoiados em práticas tecnicistas e hospitalocêntricas, mostrando que conteúdos e temas centrais para o trabalho no SUS, como educação permanente, liderança, integralidade e humanização, são abordados de forma incipiente quando comparados aos conteúdos básicos ou técnicos dos cursos. Destacam-se as ações dos estágios curriculares obrigatórios e seu papel na integração ensino-serviço-comunidade como propulsores da formação crítica e reflexiva, ancorada na realidade dos serviços de saúde e seu potencial transformador na formação em saúde.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde. Sistema Único de Saúde. Educação.

Abstract

The application of ethical, humanist and caregiving conceptions during teaching and professional practices in the Brazilian Unified Healthcare System (SUS) is a prerogative of the National Curriculum Guidelines (DCN) which have been established more than a decade ago and stills a challenge in the curricula of undergraduate healthcare programs in Brazil. This study was developed by PET group (Program of Education for Service to the Health) GraduaSUS, and had the objective of use the contents of the teaching plans of the disciplines and mandatory curricular activities to analyze the curricula of undergraduate healthcare programs Medicine, Dentistry, Nutrition, Nursing, Psychology and Physiotherapy of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). The documentary qualitative analysis focused on the searching for terms related to contents and competencies addressing a SUS-focused education process. For this, a documentary analysis of 325 teaching plans of disciplines and mandatory internships of the programs, current in 2016, was performed to characterize the educational process and relate it to the healthcare service at SUS. The documents were examined with the NVivo software® version 11.0, and the terms were exported to Excel software® spreadsheets, where tables and charts were generated. There was a great difference in the frequency of the analyzed terms throughout the curricular activities of the different healthcare programs. The results indicate weakness of the educational curriculum, which still includes formative processes based on technical and hospital-centered practices. The contents and themes related to SUS practices in the services, such as permanent education, leadership, integrality and humanization are insufficiently included in the analyzed educational documents. The results highlight the important contents of the mandatory curricular internships and their role in the teaching-service-community integration as drivers of critical and reflective training, anchored in the reality of healthcare services and their transformative potential in healthcare education.

Keywords: Integrality in Healthcare. Healthcare System. Education.

Resumen

La aplicación de concepciones éticas, humanistas y de cuidado durante la enseñanza y las prácticas profesionales en el Sistema Unificado de Salud de Brasil (SUS) es una prerrogativa de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) que se establecieron hace más de una década y que siguen siendo un desafío en los planes de estudio de los programas de pregrado en salud en Brasil. Este estudio fue desarrollado por el grupo PET (Programa de Educación pelo Servicio para la Salud) GraduaSUS, y tuvo el objetivo de analizar los planes de estudio de programas de pregrado en Medicina, Odontología, Nutrición, Enfermería, Psicología y Fisioterapia, de la Universidad Federal de Río Grande do Sul (UFRGS), mediante el análisis de los contenidos de los planes de enseñanza de las disciplinas y actividades curriculares obligatorias. El análisis cualitativo documental se centró en la búsqueda de términos relacionados con contenidos y competencias que aborden un proceso educativo centrado en el SUS. Para esto, se realizó un análisis documental de 325 planes de enseñanza de disciplinas y pasantías obligatorias de los programas, vigente en 2016, para caracterizar el proceso de capacitación y educación y relacionarlo con el servicio de salud en el SUS. Los documentos se examinaron con el software

NVivo® versão 11.0, y los términos se exportaron a hojas de cálculo de software Excel®, donde se generaron tablas y gráficos. Hubo una gran diferencia en la frecuencia de los términos analizados a lo largo de las actividades curriculares de los diferentes programas de salud. Los resultados indican la debilidad del plan de estudios educativo, que aún incluye procesos formativos basados en prácticas técnicas y centradas en el hospital. Los contenidos y temas relacionados con las prácticas del SUS en los servicios, como la educación permanente, el liderazgo, la integralidad y la humanización, no están suficientemente incluidos en los documentos educativos analizados. Los resultados destacan los contenidos importantes de las pasantías curriculares obligatorias y su papel en la integración de la enseñanza-servicio-comunidad como impulsores de capacitación crítica y reflexiva, anclada en la realidad de los servicios de salud y su potencial transformador en la educación de la salud.

Palabras clave: Integralidad en Salud. Sistema de Cuidado de la Salud. Educación.

Introdução

A formação de profissionais na área da saúde ainda consiste em um desafio para muitos cursos de graduação no Brasil. Se por um lado, a tecnificação das práticas em saúde apresenta-se como modelo de excelência em muitos cursos de graduação e pós-graduação, por outro lado há um movimento de ruptura na direção de uma formação que possibilite aos profissionais qualificação e competência para atender às necessidades sociais. Nesse sentido, os cursos da saúde precisam ultrapassar as premissas de um modelo que seja unicamente centrado nas técnicas, na especialização, nos procedimentos, e na alta tecnologia para formar profissionais e cidadãos que conheçam o Sistema Único de Saúde (SUS) e que sejam comprometidos com a qualidade do seu trabalho, com a capacidade de resolver os agravos de saúde nos planos individuais e coletivos, e capazes de refletir sobre sua própria inscrição no mundo (JAEGER, 1995; NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002; PEREIRA, 2003; AMANCIO FILHO, 2004; COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004; COTTA *et al.*, 2007; MONTANARI, 2018).

Em relação ao perfil do egresso, Almeida Filho (2013) aponta que os perfis profissionais da área da saúde revelam pouco comprometimento com o SUS, com *déficit* na interprofissionalidade e na formação humanística, o que pode conduzir a uma prática frágil para o cuidado em saúde necessário.

Após a Reforma Sanitária Brasileira, a saúde passou a ser compreendida e identificada por meio de um conceito ampliado, resultante da intersecção de espaços de cuidado e de fatores sociais determinantes, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Assim, cada vez mais, ficou evidente a necessidade de atualizar e aperfeiçoar os sistemas de ensino, aproximando-os das políticas de saúde e dos princípios do SUS (CASTRO, 2013).

Para qualificar essa formação, foram necessários o reforço e o resgate dos princípios do SUS em currículos que enfatizaram esses princípios como elementos orientadores da

formação em saúde. Dessa maneira, buscou-se formar profissionais preparados para uma compreensão das determinações da realidade brasileira, marcada pela desigualdade social e pobreza, que estivessem aptos para atender às necessidades socio sanitárias da população, e que pudessem reduzir as precarizações do sistema de saúde, ainda se consolidando na busca de novos modelos de atenção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; COTTA *et al.*, 2007).

Se a implementação do SUS buscou trazer a ruptura de um modelo tecnicista de atenção à saúde, biomédico e verticalizado, no qual o cuidado em saúde era fragmentado e não pautado pela integralidade (CARVALHO, 2013), pode-se afirmar que as mudanças curriculares ocorridas na esteira deste movimento e que culminaram nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), publicadas no início dos anos 2000 e revisadas na última década (BRASIL, 2014), vêm buscando orientar a formação pautada na realidade social e individual de cada situação de saúde, nas necessidades dos usuários, nas diferentes possibilidades de cuidado e em um processo de reflexão articulado às vivências (CASTRO, 2013).

No entanto, e apesar de avanços importantes, a formação dos profissionais de saúde está muito distante do contexto ideal. Tem-se observado que o perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças nos cenários de prática, fato que exige um maior preparo desses estudantes nos espaços de formação acadêmica, buscando (re)significar seus perfis de atuação para a adequada implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011; BATISTA, 2012).

Delinear a estrutura curricular de um curso de graduação implica em pensar como a integração ensino-serviço-comunidade, tanto no contexto pedagógico quanto nos cenários de prática, pode suprir a necessidade da formação inicial e permanente baseada em um perfil profissional que possa atender às políticas de saúde, conforme sua idealização (GENTIL; ABILIO; CORDEIRO, 2015).

O presente estudo analisou os planos de ensino relativos às atividades de ensino curriculares obrigatórias dos cursos de Medicina, Odontologia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O objetivo foi identificar de que forma as atividades de ensino abordam as habilidades e competências definidas pelas DCN dos referidos cursos e em que medida estes documentos podem indicar uma formação voltada às premissas do SUS. Do mesmo modo, a análise documental buscou identificar em quais etapas de formação nos diferentes cursos os temas relacionados ao trabalho no SUS estão previstos para ocorrer.

A pesquisa buscou contribuir para novas e futuras análises sobre potencialidades e fragilidades do processo de formação profissional, na perspectiva da formação de trabalhadores

com conhecimento e com a possibilidade de atuação contemplando as ações das políticas de saúde do SUS, o agir comprometido com as necessidades em saúde e a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, que analisou arquivos institucionais de seis cursos de graduação da área da Saúde da UFRGS. Nesse processo, a análise documental permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro) ou para uma indexação, que possibilita, por categorização em palavras-chave, descritores ou índices, classificar os elementos de informação dos documentos. Um dos objetivos da análise documental é a representação condensada da informação, favorecendo a observação do processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades ou práticas (CELLARD, 2008).

Os documentos que formaram o conjunto de material para análise foram buscados nas Comissões de Graduação (ComGrad) dos cursos de graduação e referem-se aos planos de ensino de disciplinas, estágios e atividades de ensino obrigatórias vigentes no ano de 2016. A escolha desse fator de inclusão ocorreu em função de as disciplinas optativas/eletivas e atividades não-obrigatórias não serem cursadas por todos os estudantes dos cursos.

Os planos de ensino manifestam, em tese, as intenções dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), que são parte da formação na saúde. Os planos de ensino dos cursos de graduação são considerados documentos que apresentam os dados de identificação, ementa, objetivos, conteúdo programático, metodologia, avaliação e bibliografia básica e complementar da disciplina, atividade de ensino ou estágio curricular obrigatório. Anastasiou e Alves (2009) afirmam que não há um modelo fixo a ser seguido para os planos, devendo apresentar uma sequência coerente e os elementos necessários para o processo de ensino e de aprendizagem. Ademais, o plano de ensino informa de maneira clara os tópicos que farão parte do conteúdo da atividade de ensino e da carga horária ministrada. Devem ser escritos de forma sucinta e objetiva e estar de acordo com o PPC. Nesse sentido, são documentos importantes para a análise dos processos de formação profissional.

Conforme a Matriz Operacional a seguir (Quadro 1), foram examinados, com o auxílio do programa NVivo® versão 11.0, as competências e as habilidades gerais dos cursos da área da saúde (de acordo com as DCN), além de outras prerrogativas importantes para obtenção de uma formação de qualidade e que visam aproximar o aluno dos princípios e diretrizes do SUS do país.

A Matriz operacional foi construída a partir da raiz das palavras relacionadas à integralidade da atenção e interprofissionalidade presentes na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), de 2003 e às competências comuns à formação profissional presentes nas DCN dos cursos da saúde.

Tal Matriz foi idealizada para dar conta da análise de dois eixos 1) competências e habilidades comuns aos cursos de saúde, de acordo com os termos das DCN dos cursos selecionados; 2) conteúdos que poderiam abranger as características de uma formação para o trabalho no SUS, relacionados especificamente ao contexto (políticas de saúde, integralidade, humanização e interprofissionalidade). Destaca-se que a pesquisa documental teve, inicialmente, o objetivo de localizar planos com as palavras-chave/termos e não seus significados/usos nesta etapa do estudo.

Todos os documentos foram inseridos no programa Nvivo® e as buscas foram realizadas por meio da ferramenta “pesquisa por palavras”, visando às unidades de registro que diziam respeito a termos literais, e/ou as raízes (radical) dos termos e/ou seus sinônimos (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz Operacional para a formação em saúde.

DOCUMENTOS	EIXOS	UNIDADES DE REGISTRO	
		PALAVRA/ TERMO LITERAL	RADICAL E/OU SINÔNIMO
Planos de ensino (matriz curricular)	Competências e habilidades comuns na formação	Administração e gerenciamento	Admin, geren, gestão
		Atenção à saúde	Atenção
		Comunicação	Comunic
		Educação permanente	Educ
		Liderança	Líder, lider
		Tomada de decisão	Decis
	Conteúdos	SUS	Sistema Único de Saúde, SUS, atenção básica, atenção primária
		Políticas de saúde	Polit
		Integralidade	Integral
		Humanização	Humaniza
		Inter/multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe	Inter, multi, trabalho em equipe

Fonte: Os autores.

Para a exploração do conteúdo curricular, uma leitura exaustiva e qualificada do material também foi realizada pelas autoras. Com isso, buscou-se compreender a abrangência

do parágrafo onde se encontravam as unidades de registro, bem como para excluir registros de termos encontrados apenas nas sessões de referências bibliográficas dos planos de ensino, e aqueles que não eram condizentes com o contexto procurado.

Após a busca e a organização no programa Nvivo®, os termos foram exportados para planilhas do programa Excel®, onde foram geradas tabelas de frequência e gráficos para expressar os resultados.

Resultados

Foram analisados 325 planos de ensino de disciplinas e estágios curriculares obrigatórios dos cursos estudados (Quadro 2).

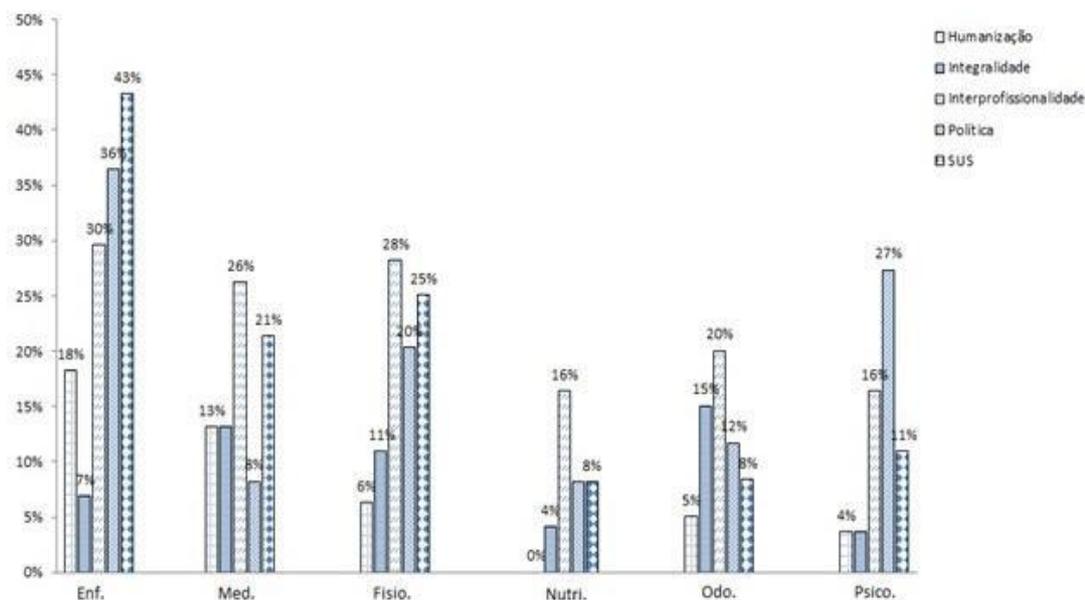
Quadro 2 – Planos de ensino que compõem o currículo dos cursos analisados.

CURSOS	NÚMERO DE PLANOS ANALISADOS
Enfermagem	44
Fisioterapia	64
Medicina	61
Nutrição	49
Odontologia	61
Psicologia	46
TOTAL	325

Fonte: Os autores.

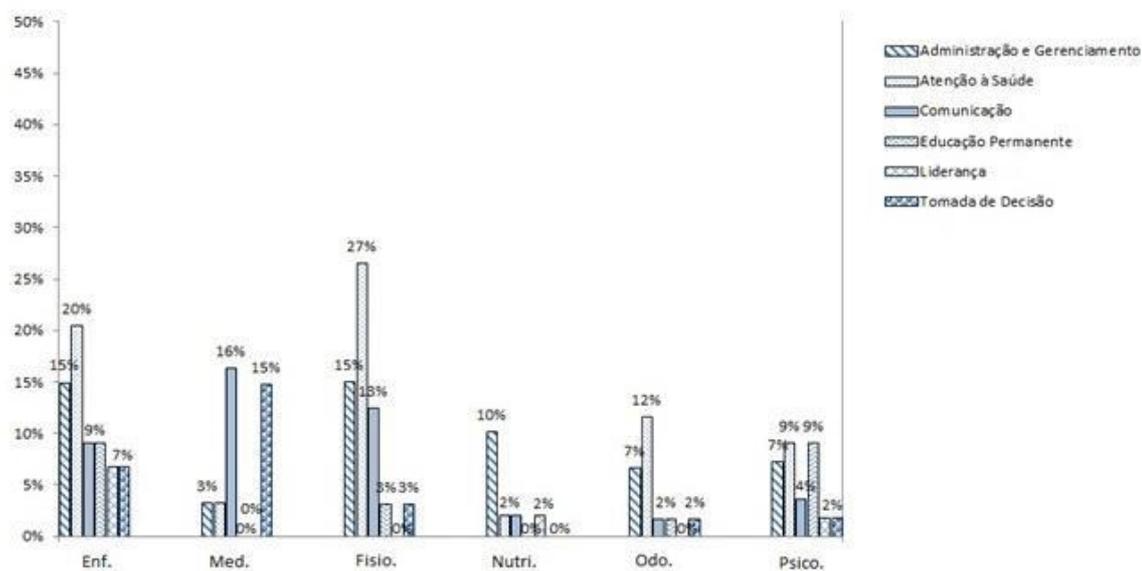
Os Gráficos (1 e 2) expressam quantitativamente a inserção dos termos na totalidade dos planos de ensino em cada eixo de análise, separados por cursos de graduação. Com isso, possibilitam visualizar em que medida os conteúdos relacionados às prerrogativas do SUS podem se expressar como fios condutores do currículo de forma diferente nos cursos de graduação analisados, bem como a abertura dos currículos para abordar as competências e habilidades gerais comuns aos cursos de acordo com as DCN.

Gráfico 1 – Eixo “Conteúdos para a formação para o SUS”. Porcentagem de termos relacionados nos planos de ensino à humanização, integralidade, interprofissionalidade, políticas de saúde e SUS.



Fonte: Os autores.

Gráfico 2 – Eixo “Competências para a formação para o SUS”. Porcentagem de termos relacionados nos planos de ensino à administração e gerenciamento, atenção à saúde, comunicação, educação permanente, liderança e tomada de decisão.



Fonte: Os autores.

Para o curso de Enfermagem, no eixo “conteúdo”, o termo SUS foi identificado em mais de 40% dos planos de ensino (Gráfico 1). As disciplinas que abordam os conteúdos de formação para o SUS estão distribuídas ao longo do curso (Quadro 4), ou seja, o estudante está em permanente contato com esta temática no decorrer da formação. O termo “humanização” apareceu em 18% dos planos do curso de Enfermagem, sendo o maior percentual dentre todos os cursos analisados (Gráfico 1). A Enfermagem também se destaca quando comparada aos demais cursos no que diz respeito à presença de documentos com os termos “interprofissionalidade” (presente em 30% dos planos) e “Políticas” (presente em 36% dos planos). Já o termo “integralidade” esteve presente em 7% dos planos, mesmo representando algo indissociável no ensino e na prática do sistema de saúde vigente. Quanto às competências das DCN, as expressões “tomada de decisão” e “liderança” foram as que menos apareceram (7%) nos planos da Enfermagem; entretanto, este curso obteve o maior percentual destas competências dentre os demais cursos analisados (Gráfico 2).

Comparado com a Enfermagem, no curso da Medicina observou-se um menor quantitativo de citações ao termo “SUS” (Gráfico 1). Este termo foi mencionado em 21% dos planos de ensino. Destaca-se que o termo “Políticas” foi encontrado em 8% dos documentos. Determinadas competências e habilidades previstas pelas DCN estiveram presentes na maioria dos semestres no curso de Medicina (por exemplo, “tomada de decisão” e “comunicação”) (Gráfico 2). No entanto, não apareceu nos planos analisados nenhuma menção às expressões “educação permanente” e “liderança” (Gráfico 2).

Em relação ao curso de Fisioterapia, percebeu-se uma disparidade no aparecimento dos conteúdos relacionados às prerrogativas do SUS. Em apenas 6% dos documentos apareceu a palavra “humanização” (Gráfico 1). Em 28% dos arquivos apareceu o termo “interprofissionalidade” e seus sinônimos. Observou-se que os termos “atenção à saúde” e “interprofissionalidade” aparecem em todos os semestres do curso (Quadro 4). A palavra “liderança”, assim como no curso de Medicina, mostrou-se ausente nos documentos analisados (Gráfico 2).

O curso da Nutrição não apresentou, de forma expressiva, planos de ensino com os conteúdos relacionados às prerrogativas do SUS, apresentando poucos documentos com as palavras analisadas. O maior percentual encontrado de conteúdos do SUS foram os termos relacionados à “interprofissionalidade” (“interdisciplinaridade/interprofissionalidade/trabalho em equipe” com 16% (Gráfico 1). Destacou-se que não houve documento do curso com o termo “humanização”. Outras competências e habilidades descritas nas DCN não apareceram nos

documentos analisados, como as expressões “educação permanente” e “tomada de decisão” (Gráfico 2).

Para o curso de Odontologia, também se observou uma disparidade no aparecimento das palavras relacionadas à formação do SUS. Em 5% dos documentos a palavra “humanização” foi citada e em 20% existiam termos relacionados à palavra “interprofissionalidade” (Gráfico 1). O termo “integralidade” foi encontrado em 15% dos planos, sendo a porcentagem mais alta dentre os cursos. As competências e habilidades relacionadas à formação para o SUS concentraram-se nos planos de ensino das atividades de final de curso: os estágios obrigatórios (Gráfico 2). Nesse momento curricular, os estudantes encontram-se nos cenários de práticas do SUS, e isso reforça a necessidade da formação anterior no currículo, para uma ambientação e apropriação do assunto de forma que possibilite o desenvolvimento das competências e habilidades de maneira mais constante e sólida.

Os Quadros 3 e 4 expressam a forma com que os conteúdos analisados se distribuem ao longo de todo o processo formativo do aluno (do 1º ao 12º semestre dos cursos).

Quadro 3 – Competências encontradas no currículo, ao longo dos semestres dos cursos de graduação.

ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º						
2º			X			X
3º					X	X
4º						X
5º			X			
6º	X	XXXXXXXX			XX	X
7º	X			X		X
8º	X		X	XXXXXX	XXXXX	
9º			XX			
10º	X					
11º						
12º		XX				

ATENÇÃO À SAÚDE						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º		X		X	X	
2º				X		
3º	X		X	XX		
4º		X		XX		
5º	X		XX	XXXXXXXX	XX	
6º	X		XX	XXXX	XXX	
7º	XX		XX	XXXXX		
8º	X		X	XXXX		
9º	X		X	XX		
10º				XX		
11º						
12º						

EDUCAÇÃO PERMANENTE						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º					X	
2º					XXX	
3º					X	
4º					XXX	
5º			X	X		
6º			X	X	XX	
7º					X	
8º			X		XXX	
9º			XX		XXXXXXXXXX	
10º	X					
11º						
12º						

LIDERANÇA						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º						
2º						
3º					X	
4º						
5º						
6º						X
7º						
8º			X			
9º			XX			
10º						
11º						
12º						

TOMADA DE DECISÃO						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º	X					
2º						
3º		X				
4º		XXXXXXXX				
5º		XXX			X	
6º	X					
7º	X					
8º	X	X	X	XX		
9º			XX			
10º						
11º		X				
12º						

COMUNICAÇÃO						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1º				XXXXXXXX		
2º		X	X	XX		
3º		XXXXXXXX			X	X
4º		XXX		X		
5º			X			
6º		XXXX		X		
7º				X	X	
8º		XX		X		
9º			XX			
10º	X	X				
11º						
12º		XXX				

Fonte: Os autores.

Quadro 4 – Termos relacionados à formação para o SUS encontrados nos currículos, ao longo dos semestres dos cursos de graduação.

SUS						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1ª	x	x	xx			
2ª			x	x		
3ª		xxx	xx	x	xx	
4ª			x	x		x
5ª			xxxx	xxx		x
6ª	x	x	xx	xx	x	x
7ª	x	x	xxx	xx	x	x
8ª		x	x	xxx	xx	
9ª	x	xx	x	x		
10ª	x	x		x		
11ª		xx				
12ª		x				

POLÍTICA						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1ª	xxx	x	xx	xx	x	
2ª			x	x	x	
3ª			xx		x	x
4ª			x	x	xx	
5ª		x	xxx	x		x
6ª	x	xx	x		x	x
7ª	xx		xxx	xx	xxx	x
8ª			x	xxxxx	xxxxx	
9ª	x		x			
10ª					x	
11ª						
12ª		x				

INTEGRALIDADE						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1ª						
2ª	x					
3ª	x	x				
4ª				x		
5ª	x		x	xx	xx	
6ª	x		x	x		x
7ª	xx		x	x		x
8ª	xx	x		xx		
9ª	x	xx				
10ª		x				
11ª		x				
12ª		xx				

HUMANIZAÇÃO						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1ª	x	x	x			
2ª			x		x	
3ª	x		x	x	x	
4ª	x	x	x	x		
5ª			xx			
6ª		xx	x	x		
7ª						
8ª		x	x	x		
9ª		x				
10ª		x				
11ª						
12ª		x				

INTERPROFISSIONALIDADE						
	ODO	MED	ENF	FISIO	PSICO	NUTRI
1ª	xxx	x		xx	x	
2ª	x			x		
3ª		x	xxxx	xx	x	x
4ª		x	x	xxx	x	x
5ª	x		x	x	x	xxx
6ª			x	xx	xx	x
7ª	xxx	x	xxx	xx	xxx	xx
8ª		xxx	x	xx	xxx	
9ª	xx	xxxx	xx	x	x	
10ª	x	xx		x		
11ª		x				
12ª		xx				

Fonte: Os autores.

Sobre o curso da Psicologia, observou-se que 27% dos documentos apresentavam em seu conteúdo a palavra “Política”, porém apenas 4% destes apresentavam termos correlatos para “humanização” e “integralidade” (Gráfico 1). Todas as competências e habilidades previstas pelas DCN aparecem no currículo (Gráfico 2). Os termos de ambos eixos se encontram distribuídos ao longo de todos os semestres do curso de Psicologia (Quadros 3 e 4).

Discussão

A análise documental dos planos de ensino realizada neste estudo permitiu a construção de um panorama geral sobre as disciplinas e estágios obrigatórios oferecidos aos estudantes nos cursos pesquisados. Os resultados apontaram fragilidades curriculares frente à proposta de mudanças e reorientação na formação em saúde e, por vezes, permanecem

produzindo uma formação tecnicista e marginal aos problemas e necessidades sociais e de saúde da população.

Considerando conteúdos centrais para uma formação humanista e para o trabalho em saúde como prerrogativas do SUS, são ainda pouco frequentes, nos planos de ensino, o desenvolvimento de temas como integralidade, humanização e trabalho em equipe/interprofissionalidade, bem como a abordagem e o compromisso com o desenvolvimento de competências que deveriam ser comuns a todos os profissionais, como a comunicação e a busca de educação permanente.

Entende-se que esta análise documental permitiu a melhor caracterização dos cursos a partir do que está apresentado em seus planos de ensino, partindo do pressuposto que tais documentos compõem um conjunto de saberes, práticas, objetivos e processos metodológicos-avaliativos que imprimem uma trajetória intencional na formação dos profissionais de saúde (MORAES; COSTA, 2015).

Sabe-se que o currículo é construído e modelado, portanto, por e para indivíduos determinados (professores e estudantes), em um espaço específico (a instituição escolar) a qual está permeado de valores, concepções, crenças e (pre)conceitos acerca do estudante, do ensino, e da aprendizagem. Por conseguinte, o currículo como elemento constituinte e construtor da escola é instância viva de todo esse processo (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Sendo uma opção historicamente e socialmente configurada, segundo Sacristán (2000), o currículo se apresenta sedimentado em uma trama cultural, política, social e traz em si valores e pressupostos. Portanto, o currículo é o resultado de uma seleção, um recorte intencional do universo de saberes produzido pelo homem, que reflete interesses específicos de classes ou grupos dominantes (SILVA, 1992; COSTA, 1998; MOREIRA; SILVA, 1999). Nessa mesma linha, Silva (1992) salienta que a questão central do currículo é definir o que é válido, importante, essencial a ser ensinado-aprendido, fundamentado na pergunta: que tipo de profissional e de ser humano se quer formar?

Para a transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil e, por conseguinte, para a consolidação do SUS, é necessária uma formação profissional com estrutura curricular que viabilize a compreensão dos aspectos subjetivos da saúde do ser humano e que a educação/formação profissional não represente momento distinto e independente do cotidiano das práticas e serviços de saúde (SILVA; SANTANA, 2015).

A partir de tais pressupostos, falar da formação na saúde como estratégia para a consolidação do SUS implica em refletir sobre as diretrizes curriculares como uma base conceitual, filosófica e metodológica, as quais direcionam uma nova proposta pedagógica no

processo de construção de um perfil profissiográfico. Estes devem ser dotados de competências e habilidades que sejam adequadas às referências nacionais e internacionais para a formação de um profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social, agente de mudança e comprometido com a saúde da população. As DCN para os cursos de saúde preconizam que a formação dos profissionais garanta autonomia e discernimento, bem como contemple o sistema de saúde vigente no Brasil, o trabalho em equipe, a eficiência e a resolutividade. Considerando tais aspectos, a formação deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (SILVA; SANTANA, 2015).

Entende-se que os PPC devam incentivar e fomentar práticas abrangentes, e propiciar, além do conhecimento técnico, o desenvolvimento de competências e habilidades que sejam adquiridas durante o processo de formação, por meio de práticas inovadoras de ensino e que os profissionais de saúde estejam inquestionavelmente a favor de uma linha de cuidado generalista, reflexiva, ética e humanista (MORAES; COSTA 2015).

Um dos grandes desafios dessa proposta é articular os fenômenos formativos processuais sem perder de vista as particularidades de cada curso analisado, criando novas lógicas para a organização curricular dos espaços-tempos de educação dos profissionais da saúde, comprometidos, dialogicamente, com o cuidado em saúde (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013).

Ressalta-se que há cursos que estão em processo de reorientação do modelo curricular, buscando atender a uma reformulação também pedagógica que possa responder, de forma alinhada, às políticas de educação e saúde vigentes no país.

Analisar documentos que compõem uma parte do currículo (os planos de ensino) inscreve-se na ordem de analisar o todo por uma parte, mas é também uma parte que pode descortinar um todo. Os cursos analisados neste estudo não podem ser considerados alinhados ou não à uma formação humanística, ampla e voltada aos preceitos do SUS tão somente pela declaração textual em seus planos de ensino. Muitas ferramentas pedagógicas em diferentes momentos da formação em saúde podem ser utilizadas e não necessariamente estão declaradas em planos de ensino. No entanto, enquanto intencionalidade da formação, os planos de ensino balizam os conteúdos e as competências essenciais a que se destinam as disciplinas e demais atividades de ensino, deixando marcados o papel formador dos estágios curriculares que majoritariamente desenvolvem-se nos serviços públicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados e hospitalares) que proporcionam aos estudantes ambientes de

construção de habilidades, articulando as técnicas aprendidas com a realidade dos territórios e da vida cotidiana.

Considerações Finais

Esta pesquisa buscou contribuir para novos olhares reflexivos e perspectivas sobre as potencialidades e fragilidades do processo de formação profissional nos cursos de graduação da saúde. Cabe a todos que estão inseridos no processo de formação em saúde – profissionais, docentes e discentes, pensar e discutir sobre uma formação e qualificação de trabalhadores com conhecimento e com possibilidade de atuação contemplando as ações das políticas de saúde do SUS. É por um agir comprometido com as necessidades em saúde e a transformação da realidade em benefício da sociedade que se discute formação em saúde e políticas de formação nos dias de hoje.

Embora as autoras reconheçam as limitações de um estudo descritivo transversal, que se utilizou de planos de ensino para a coleta de dados, também consideram que o material de estudo permitiu identificar fragilidades em relação às DCN. Os planos de ensino manifestam, em tese, as intenções dos PPC e são apenas uma parte da formação profissional.

Destaca-se que uma das limitações do estudo foi analisar temas somente por meio da sua inscrição literal ou de seus sinônimos nos planos de ensino (matriz curricular dos cursos), entendendo que, para além da presença ou ausência de determinado termo no plano de ensino, esses são temas/conteúdos complexos que, de fato, só assumem sentido no cotidiano da sala de aula e nas práticas do ensino-aprendizado. Este estudo não teve como objetivo avaliar de que forma esse tema/conteúdo é abordado nas atividades de ensino a partir dos planos de ensino, mas se, em alguma medida, estão contemplados os pressupostos de uma formação alinhada ao trabalho no SUS dos cursos da saúde aqui estudados. Outra limitação é que os resultados encontrados trazem uma análise de planos de ensino do ano de 2016, o que pode não refletir o momento atual dos currículos dos cursos estudados.

A avaliação periódica dos documentos integrantes dos cursos, incluindo seus projetos pedagógicos, torna-se fundamental, pois permite verificar se os objetivos dispostos no currículo estão atendendo às demandas de uma formação em saúde voltada às necessidades da sociedade, preservadas e respeitadas as características territoriais e epidemiológicas, ou seja, uma formação que se pautar preferencialmente integrada ao SUS.

O SUS será fortalecido pela articulação das universidades com os serviços de saúde se juntos buscarem alternativas e percursos de formação e de trabalho para formar atores atuantes e preocupados com seu papel social e com a mudança dos cenários de saúde no país. Os

conteúdos curriculares devem ser revistos a fim de que teoria e prática não se tornem distantes, mas sim que fortaleçam a perspectiva de engajamento da comunidade acadêmica e seus cursos da área da saúde para uma formação suficientemente ancorada nos determinantes sociais e culturais do adoecimento como meio para melhor atender às necessidades de saúde da população.

Formar profissionais com conhecimentos e competências para atuar no SUS continua sendo um grande desafio e exigindo a superação de estigmas ainda presentes nos cursos da saúde: a centralidade da técnica, o descolamento da realidade social dos indivíduos e seus adoecimentos e a forma como as diferentes especialidades dos cursos da área da saúde compreendem e conduzem terapêuticas, entre outros. A análise dos planos de ensino sugere a necessidade de um diálogo ampliado entre docentes, comissões de graduação, estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde para que juntos construam propostas para a formação humanista, crítica, reflexiva e ética que se deseja para a sociedade brasileira e que se expressa pelas DCN. Há que se aprofundar esta análise, complementando-a por meio de outras estratégias de avaliação dos currículos vigentes na formação em saúde. Compreender as articulações entre os processos econômicos, político e as práticas de saúde no país sob uma outra perspectiva, mesmo que dissonante do contexto do mercado de saúde nos tempos atuais.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000600019
- AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004. DOI: 10.1590/S1414-32832004000200019
- ANASTASIOU, L.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 8. ed. Joinville: UNIVILLE, 2009.
- BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad. FNEPAS**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 25-28, 2012.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400007
- BRAID, L. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; ARANHA, A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, 2012. DOI: 10.1590/S1414-32832012000300008

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 8-11, 23 de junho de 2014.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. DOI: 10.1590/S0103-40142013000200002

CASTRO, M. M. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349-360, 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500036

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

COTTA, R. M. M. *et al.* Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300010>

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev. bras. edu. med.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2004.

COSTA, M. V. (org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

GENTIL, D. F.; ABILIO, E. S.; CORDEIRO, M. J. J. A. Limites e desafios curriculares na formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde. **Interfaces da educ.**, Paranaíba, v. 6, n. 17, p. 77-96, 2015.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do Homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 980-986, 2018.

MORAES, A. B.; COSTA, N. Análise Documental de Currículos da Área da Saúde no Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 15., 2015. **Anais [...]**. Lisboa: CIAIQ, 2015. v. 1, p. 224-228. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/52/50>. Acesso em: 26 maio 2020.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. (org.). **Currículo, cultura e sociedade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

NORONHA, A. B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. Formação profissional em saúde. **Radis**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 11-17, 2002.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-67, 2014.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa na ciência da saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, T. T. **O que produz e o que reproduz em educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 121-132, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 159- 170, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000100017

Pesquisas

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR NECESSIDADES DE PRÁTICAS EDUCATIVAS NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO ALEGRE – RS

PERFORMANCE EVALUATION: INSTRUMENT TO IDENTIFY NEEDS FOR EDUCATIONAL PRACTICES IN PRIMARY CARE TEAMS IN PORTO ALEGRE – RS

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: COMO INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE PRÁCTICAS EDUCATIVAS EM EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EM PORTO ALEGRE – RS

Fernanda Picetti dos Santos¹

Mariana Santiago Siqueira²

Roger dos Santos Rosa³

Resumo

A avaliação de desempenho pode se apresentar como importante instrumento para os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) no momento da formulação de estratégias para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores. Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS, no ano de 2016. Propõe-se a identificar as necessidades educacionais que emergem a partir dos resultados das avaliações de desempenho e que demandam novas práticas. Para tanto, foi utilizada uma abordagem quantitativa e descritiva. O estudo foi realizado a partir das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, totalizando 1.288 avaliações de diferentes categorias profissionais. Os dados foram obtidos sem a identificação dos participantes. Na análise, emergiram quatro necessidades educacionais principais que demandam novas práticas: (i) dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde; (ii) participação infrequente nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade de Saúde e pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos no âmbito local; (iii) identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e (iv) frequência insuficiente de realização de atividades de educação em saúde com a população. Os dados disponibilizados permitiriam um desdobramento ainda maior de informações a serem analisadas, porém, devido à concentração

¹ Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Recursos Humanos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nandapi7@gmail.com

² Prefeitura Municipal de Gravataí, Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: marisantiago.mr@hotmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: roger.rosa@ufrgs.br

desprendida no enfoque proposto, os autores detiveram-se nos itens com resultados mais expressivos. Torna-se fundamental um planejamento estratégico a fim de possibilitar que os dados provenientes das avaliações de desempenho sejam anualmente analisados e utilizados para aperfeiçoamento contínuo da gestão local dos trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho. Educação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos humanos.

Abstract

Performance evaluation can be an important tool for local managers of the Unified Health System (SUS) when formulating strategies for the professional development of workers. This research has as main objective to analyze the annual performance evaluations of the workers in the Primary Care teams of the Municipal Health Department of Porto Alegre – RS, in the year 2016. It is proposed to identify the educational needs that emerge from the results of performance evaluations and that demand new practices. For this, a quantitative and descriptive approach was used. The study was conducted based on the functional assessments of Primary Care workers in the municipality of Porto Alegre who performed it in 2016, totaling 1,288 assessments from different professional categories. The data were obtained without the individual identification of the participants. In the analysis, four main educational needs emerged that demand new practices: (i) the difficulty of health workers to promote community mobilization and participation in the implementation of social control, reinforcing the importance of the formation and / or effectiveness of Health Councils; (ii) infrequent participation in health education actions for Health Unit workers and little contribution to the teaching-learning processes developed at the local level; (iii) identification of partners and resources in the community that can enhance intersectoral actions; and (iv) insufficient frequency of carrying out health education activities with the population. Data made available would allow an even greater breakdown of information to be analyzed, however due to the concentration given off in the proposed approach, the authors stopped at the information they considered most relevant. Strategic planning is essential in order to enable data from performance evaluations to be annually analyzed and used to continuously improve the local management of health workers.

Keywords: Performance evaluation. Health education. Primary Health Care. Human resources.

Resumén

La evaluación del desempeño puede ser una herramienta importante para los gerentes locale del Sistema Único de Salud (SUS) al formular estrategias para el desarrollo profesional de los trabajadores. Esta investigación tiene como objetivo principal analizar las evaluaciones anuales del desempeño de los trabajadores em los equipos de Atención Primaria del Departamento de Salud Municipal de Porto Alegre – RS, em el año 2016. Se propone identificar las necesidades educativas que surgen de los resultados de las evaluaciones de desempeño y que exigen nuevas prácticas. Para esto, se utilizo un enfoque cuantitativo y descriptivo. El estudio se realizó con base en las evaluaciones funcionales de los trabajadores de Atención Primaria en el municipio de Porto Alegre que lo realizaron en 2016, totalizando 1,288 evaluaciones de diferentes categorías profesionales. Los datos se obtuvieron sin identificar a los participantes. En el análisis, surgieron cuatro necesidades educativas principales que exigen nuevas prácticas: (i) dificultad para los trabajadores de salud para promover la movilización y participación de la comunidad en la implementación del control social, reforzando la importancia de la formación y / o efectividad de los Consejos de Salud; (ii) participación infrecuente en acciones de educación en salud para trabajadores de la Unidad de Salud y poca contribución en los procesos de enseñanza-aprendizaje desarrollados a nivel local; (iii) identificación de socios y recursos en la comunidad que pueden mejorar las acciones intersectoriales; y (iv) frecuencia insuficiente de llevar a cabo actividades de educación sanitaria con la población. Los datos disponibles permitirían analizar um despliegue aún mayor de información, sin embargo, debido a la concentración emitida en el enfoque propuesto, los autores se detuvieron en la información que consideraron más relevante. La planificación estratégica es esencial para hacer posible que los datos de las evaluaciones de desempeño se analicen anualmente y se utilicen para mejorar continuamente la gestión local de los trabajadores de la salud.

Palabras clave: Evaluación de desempeño. Educación em salud. Atención primaria de salud. Recursos humanos.

Introdução

Diante da nova perspectiva de cuidado da população proporcionada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constatou-se que os trabalhadores da saúde não estavam preparados para essa lógica. Em sua maioria, são profissionais influenciados por diferentes sistemas e afetados por regulação estatal diversificada (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Salienta-se que esses trabalhadores se viram diante da situação em que precisavam trabalhar em equipe interdisciplinar, sem que lhes fosse proporcionada uma formação ou um espaço a fim de que pudessem atender tal proposta (SCHERER, 2006). Nessa situação, tornou-se imprescindível formular e implantar políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento e da gestão dos trabalhadores em saúde no Brasil.

No início do século XXI, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a iniciativa intitulada: ‘Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde’ (BRASIL, 2003). Em 2004 foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004), a ‘Política Nacional de Educação Permanente em Saúde’ (PNEPS), cujas últimas modificações ocorreram em 2017 (Portaria nº 2/GM). Para Ceccim (2005), a PNEPS tratava-se de uma estratégia do SUS em busca da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Na busca do desenvolvimento de competências dos trabalhadores, Dalmau e Benetti (2009) afirmam que a avaliação de desempenho é uma grande aliada nesse processo, pois é uma ação que permite a análise sistemática de cada pessoa nas atividades que realiza, mensurando assim suas potencialidades e fragilidades. Além disso, Cabrito (2009) menciona que tudo pode e deve ser avaliado no sentido de melhoria da qualidade, permitindo que seja fornecido ao trabalhador um feedback relativo à sua contribuição para o desenvolvimento da organização.

No intuito de contribuir para o desenvolvimento profissional, a avaliação de desempenho pode ser utilizada como instrumento norteador de organização dos processos de educação permanente. A avaliação de desempenho permite a análise das necessidades educacionais a partir do cotidiano de cada ator envolvido.

No município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), foi implantado um sistema de avaliação de desempenho com quesitos importantes para o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família desde 2012 (PMPA/IMESF, 2016). Cabe ressaltar que a Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre já possui ações de educação, as quais poderão ser ainda mais qualificadas a partir desse estudo.

O objetivo deste estudo foi analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto

Alegre – RS, no ano de 2016 e identificar as necessidades de práticas educacionais que emergem a partir dos resultados dessas avaliações e que demandam novas práticas.

Metodologia

Para conhecer as necessidades educacionais no cotidiano das equipes de saúde da família, foi realizado um estudo quantitativo com caráter descritivo a partir das avaliações de desempenho realizadas com os trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre. Segundo Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca quantificar os dados e generalizar os resultados da amostra, proporcionando uma melhor visão e compreensão do contexto do problema. A pesquisa de caráter descritivo é utilizada para retratar as características de alguma situação, sem o compromisso de explicar os fenômenos que a descrevem (VERGARA, 2000). De acordo com Barros e Lehfeld (2007), na pesquisa descritiva realiza-se a interpretação dos fatos, sem qualquer interferência do pesquisado, a fim de analisar os conteúdos apresentados.

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. O cenário de estudo foram as equipes de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, que em 2016 correspondiam a 142 Unidades de Saúde com 228 equipes de saúde da família, cujos trabalhadores estavam vinculados ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado integrante da administração indireta do município.

O estudo foi realizado a partir do resultado proveniente das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, estimando-se, originalmente, um total de 1.400 avaliações de diferentes categorias. Os dados foram obtidos sem que fosse possível a identificação individual dos participantes. Utilizaram-se dados secundários oriundos das avaliações de desempenho dos trabalhadores da Atenção Primária de Porto Alegre, as quais foram realizadas por suas respectivas coordenações em conjunto com cada servidor participante.

Os formulários das avaliações de desempenho (Figura 1) foram encaminhados às coordenações das equipes através de questionário de avaliação em plataforma de acesso *online*. Segundo Lakatos e Marconi (2003), o questionário é o instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, as quais são respondidas por escrito.

Figura 1 – Fac-símile do formulário de avaliação de desempenho anual do IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL - IMESF		
Avaliado:	_____	
Matrícula:	_____	
Cargo:	_____	
ESCALA DE PONTUAÇÕES: (0) Não realiza (2,5) Insatisfatório (5) Regular (7,5) Satisfatório (10) Muito satisfatório		
Assiduidade e Pontualidade	1) Refere-se ao compromisso com o cumprimento do horário de trabalho:	PONTUAÇÃO
	1.1) É pontual no horário de início e término da jornada de trabalho, permanecendo em serviço durante todo o período.	
	1.2) É assíduo, não apresentando faltas injustificadas.	
Disciplina	2) Refere-se a capacidade de observar e cumprir normas e regulamentos:	PONTUAÇÃO
	2.2) Respeita os níveis hierárquicos e a sua Chefia Imediata.	
	2.3) Apresenta organização, disciplina e atenção no trabalho.	
Iniciativa	3) Refere-se a propostas de soluções e sugestões para situações ou problemas, por iniciativa própria, visando a melhoria do trabalho:	PONTUAÇÃO
	3.1) Demonstra iniciativa e proatividade na execução de suas atividades	
Trabalho em Equipe	4) Refere-se a participação e cooperação do profissional no trabalho comum da equipe, bem como a sua contribuição para obtenção dos resultados:	PONTUAÇÃO
	4.1) Se compromete com os objetivos e pactuações da equipe e com os serviços prestados por ela.	
Relações Interpessoais	5) Refere-se ao estabelecimento e manutenção de relações cordiais, contribuindo para a criação de um bom ambiente de trabalho:	PONTUAÇÃO
	5.1) Aceita sugestão e crítica visando seu desenvolvimento e aprimoramento.	
	5.2) Sabe ouvir e respeitar os diferentes pontos de vista.	
Comportamento Ético	6) Refere-se a atitude pautada pelo respeito ao próximo, senso de justiça, impessoalidade nas ações e valorização do conceito de cidadania e do bem público:	PONTUAÇÃO
	6.1) Executa suas atividades com ética e profissionalismo.	
	6.2) Trata as informações e os documentos com o grau de sigilo necessário de acordo com o seu conteúdo.	
EPI, Uniforme e Crachá	7) Uso de EPIS/uniforme e crachá de identificação:	PONTUAÇÃO
	7.1) Faz uso sistemático do uniforme (por exemplo: jaleco, colete e outros), crachá de identificação e dos EPI's obrigatórios, conforme atividades desenvolvidas na equipe de saúde.	

		PONTUAÇÃO
Atribuições comuns aos profissionais que prestam assistência na Atenção Básica	8) Atribuições comuns aos profissionais que integram as equipes da Atenção Básica	
	8.1) 1) Realiza o registro de suas atividades nos sistemas de informação (e-SUS e outros definidos pela gestão)	
	8.2) Participa no atendimento da demanda espontânea, na realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.	
	8.3) Participa do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada e com identificação das necessidades de intervenções de cuidado.	
	8.4) Participa das reuniões de equipes.	
	8.5) Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB e auxilia no desenvolvimento de atividades internas da Unidade de Saúde que tenham como objetivo o cuidado integral dos usuários, como por exemplo a recepção do usuário, o agendamento de consultas e exames, a organização dos prontuários, realização do Cartão SUS, entre outras.	
	8.6) Discute os casos com a equipe de saúde tendo como foco não apenas a doença dos indivíduos, mas priorizando a abordagem centrada no sujeito/família.	
	8.7) Realiza o cuidado da saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).	
	8.8) Identifica grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, priorizando a assistência desses indivíduos com vistas à equidade na atenção à saúde.	
	8.9) Realiza busca ativa e, quando necessário, notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.	
	8.10) Realiza atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.	
	8.11) Participa na organização das ações de educação na saúde para os trabalhadores da US e contribui nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na Unidade de Saúde.	
	8.12) Realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupos, sala de espera e outros.	
	8.13) Promove a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação/efetivação dos Conselhos de Saúde.	
	8.14) Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.	
8.15) Realiza ações de controle de doenças e agravos endêmicos ou de importância em saúde pública.		

Fonte: Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), Porto Alegre: PMPA, 2016.

O banco de dados proveniente do resultado das avaliações foi disponibilizado pela Vice-Presidência do IMESF. Formalmente, na estrutura do IMESF, a Presidência é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde conforme a Lei Municipal nº 11.062/2011 (art. 31).

Os dados foram organizados em planilhas no software *Microsoft Excel*® de acordo com a estrutura do formulário da avaliação de desempenho institucional composto por oito grandes categorias: (i) assiduidade e pontualidade; (ii) disciplina; (iii) iniciativa; (iv) trabalho em equipe; (v) relações interpessoais; (vi) comportamento ético; (vii) equipamento de proteção individual – EPI, uniforme e crachá; e (viii) atribuições comuns a todos os profissionais. Cada categoria é composta por diversos itens de avaliação, com um total de 26 questões entre as oito categorias.

A escala utilizada contemplava as seguintes possibilidades em pontos (notas) a serem atribuídos ao funcionário em cada item das categorias de avaliação: 0 – Não realiza; 2,5 – Insatisfatório; 5 – Regular; 7,5 – Satisfatório; e 10 – Muito satisfatório. Para facilitar a análise das avaliações de desempenho dos participantes, os itens das oito categorias foram divididos em dois grandes grupos: itens com resultados ‘mais satisfatórios’ e itens com resultados ‘mais insatisfatórios’. O grupo dos itens ‘mais satisfatórios’ abrangeu os com nota dez para mais de 60% do total de participantes. Já o grupo de itens ‘mais insatisfatórios’ englobou aqueles com nota igual ou menor que cinco (0; 2,5 e 5) para mais de 10% dos participantes, abrangendo itens que o funcionário ‘não realiza’ ou foi avaliado como ‘insatisfatório’ propriamente dito ou ‘regular’.

Desta forma, foi possível agrupar itens das diferentes categorias em apenas dois grupos bastante contrastantes: ‘mais satisfatórias’ ou ‘mais insatisfatórias’, sintetizando os resultados.

A análise dos dados foi efetuada utilizando estatísticas descritivas como frequências absoluta e relativa. Segundo Guimarães (2008), a estatística descritiva consiste em apenas descrever e avaliar certo grupo, sem tirar quaisquer conclusões ou inferências sobre um grupo maior.

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Registro nº 34.331) e aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 84269818.8.3001.5338), tendo sido aprovado em todas as três instâncias. Conforme as normas éticas que regem as pesquisas em seres humanos, os pesquisadores atenderam as exigências das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

O resultado da pesquisa foi divulgado posteriormente aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, além daqueles envolvidos nos processos de educação na saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, sob a forma de relatório técnico com regras de sigilo. Os pesquisadores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

Resultados e discussão

Importante salientar que foi disponibilizado banco de dados com 1.510 avaliações, porém, após a limpeza dos dados e a eliminação de duplicidades, a análise foi efetuada com 1.288 avaliações que se apresentaram adequada para utilização. Neste tópico, apresentam-se as características da população que participou da Avaliação de Desempenho em 2016.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária segundo o sexo. A faixa etária para ambos os sexos que conta com mais participantes é a de 36 a 40 anos, totalizando 261 (20,3% do total). Destes, destaca-se a maior frequência do sexo feminino (17,3%).

A pesquisa contou com uma amostra de 1.288 participantes dos quais 85,4% do sexo feminino e 14,6% do sexo masculino. Este cenário é condizente com a maioria dos serviços em saúde nos quais a maior concentração da força de trabalho é feminina (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
20 a 25	18	1,4	3	0,2	21	1,6
26 a 30	81	6,3	17	1,3	98	7,6
31 a 35	197	15,3	35	2,7	232	18,0
36 a 40	223	17,3	38	2,9	261	20,3
41 a 45	176	13,6	32	2,5	208	16,1
46 a 50	119	9,2	21	1,6	140	10,9
51 a 55	123	9,5	16	1,2	139	10,8
56 a 60	104	8,1	19	1,5	123	9,5
61 a 65	48	3,7	2	0,2	50	3,9
66 a 70	10	0,8	3	0,2	13	1,0
+70	1	0,1	2	0,2	3	0,2
TOTAL	1.100	85,4	188	14,6	1.288	100,0

Fonte: Os autores.

Considerando-se que o IMESF teve seus primeiros trabalhadores admitidos em 2012, cabe salientar que nenhum deles contava com mais de cinco anos de serviço na instituição no momento da realização das avaliações.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos trabalhadores por categoria profissional. Evidencia-se que o contingente mais expressivo é o dos agentes comunitários de saúde (50,3%) seguidos pelos técnicos de enfermagem (21,6%). As profissões que exigem nível superior (cirurgião-dentista, médico e enfermeiro) correspondem a 16,2%.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por categoria profissional, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	
	n	%
Agente Comunitário de Saúde da ESF	648	50,3
Agente de Combate às Endemias do IMESF	81	6,3
Atendente de Gabinete Odontológico da ESF	42	3,3
Cirurgião-dentista da ESF	44	3,4
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	128	9,9
Médico da Estratégia de Saúde da Família	37	2,9
Técnico de Enfermagem da ESF	278	21,6
Técnico em Saúde Bucal da ESF	30	2,3
TOTAL	1.288	100,0

Fonte: Os autores.

A Tabela 3 mostra a escolaridade dos trabalhadores avaliados em relação ao sexo. Dois terços dos trabalhadores (65,6%) possuem o ensino médio completo e representam 57,1% no sexo feminino. Cabe observar que a maioria dos cargos dos trabalhadores do IMESF exige como escolaridade o ensino médio completo. Dentre estes, destacam-se os técnicos de enfermagem, cargo com grande quantidade de trabalhadores na instituição conforme mencionado anteriormente.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores por escolaridade e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ESCOLARIDADE	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	n	%	n	%	n	%
Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental	1	0,1	-	-	1	0,1
Ensino Fundamental completo	81	6,3	15	1,2	96	7,4
Ensino Médio incompleto	28	2,2	3	0,2	31	2,4
Ensino Médio completo	736	57,1	110	8,5	846	65,7
Educação Superior incompleta	33	2,5	4	0,3	37	2,9

Educação Superior completa	127	9,9	36	2,8	163	12,6
Especialização completa	89	6,9	17	1,3	106	8,2
Mestrado completo	4	0,3	2	0,2	6	0,5
Não Informada	1	0,1	1	0,1	2	0,2
TOTAL	1.100	85,4	188	14,6	1.288	100,0

Fonte: Os autores.

Quanto aos trabalhadores apenas com ensino fundamental completo, verifica-se que equivalem a 7,4% do total. O percentual surpreende visto que essa é a escolaridade exigida aos agentes comunitários de saúde, cargo com maior número de trabalhadores participantes da avaliação. Porém, mesmo sendo essa a escolaridade de pré-requisito, percebe-se que a maioria tem escolaridade acima da exigida para nomeação ao respectivo cargo.

Quanto aos participantes com especialização completa (apenas *lato sensu*), são 8,2% do total e 6,9% do sexo feminino. Acerca dos trabalhadores que possuem mestrado a quantidade de avaliados é consideravelmente pequena, representando apenas 0,5% dos participantes das avaliações.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos trabalhadores participantes das avaliações que possuem algum tipo de pós-graduação segundo cargo de nível superior. Acredita-se que parcela de participantes com pós-graduação *lato sensu* se deva a existir um valor salarial relativo à ‘adicional de especialização’ concedido aos que possuem especialização relacionada à Saúde Pública ou à Saúde Coletiva.

Os trabalhadores com mestrado (n=6) representam 5,4% dos participantes que possuem pós-graduação. Ressalta-se que somente enfermeiros detêm o título. Enfermeiros também predominam entre os 106 profissionais com especialização. Esse indicador pode decorrer da maior quantidade de enfermeiros trabalhando na instituição do que nos outros cargos citados.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e cargo de nível superior, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO	CARGO						TOTAL	
	CIRURGIÃO- DENTISTA		ENFERMEIRO		MÉDICO		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Especialização	25	22,3	56	50,0	25	22,3	106	94,6
Mestrado	-	-	6	5,4	-	-	6	5,4
TOTAL	25	22,3	62	55,4	25	22,3	112	100,0

Fonte: Os autores.

Na Tabela 5 encontra-se a distribuição dos trabalhadores com pós-graduação de acordo com o sexo. Dentre os trabalhadores com mestrado, as mulheres representam 3,6% das mulheres com pós-graduação *versus* 1,8% dos homens. Já em relação à especialização, as mulheres representam 79,5% daquelas que possuem pós-graduação enquanto para os homens atinge 15,2%.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
Mestrado	4	3,6	2	1,8	6	5,4
Especialização	89	79,4	17	15,2	106	94,6
TOTAL	93	83,0	19	17,0	112	100,0

Fonte: Os autores.

A Tabela 6 apresenta a distribuição de raça/cor dos trabalhadores de acordo com o sexo. Nos primeiros anos de cadastro dos trabalhadores não havia no formulário a ser preenchido o campo para informar a raça/cor. Excluindo-se os trabalhadores cujo cadastro se encontra incompleto, os participantes que se autodeclararam brancos compuseram 67,8% do total, enquanto 14,1% autodeclararam-se negros e 2,5% pardos. Vale ressaltar que o formulário de avaliação utilizado pelo IMESF não segue a classificação do IBGE nas categorias sobre raça/cor (branca, preta, parda, indígena e amarela) em que os indivíduos que se autodeclararam pretos e pardos compõem a população negra. Destaca-se que o número de trabalhadores que se autodeclararam brancos é ainda muito superior aos que o fizeram como negros e pardos. Dentre os trabalhadores que se autodeclararam brancos, temos 85% mulheres e 15% homens. Já em relação aos que se autodeclararam negros, temos 85% de mulheres e 15% homens. Quanto aos pardos, 71,4% de mulheres e 28,6% de homens. Esses percentuais refletem a proporcionalidade geral entre homens e mulheres na instituição, já comentada anteriormente.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por raça/cor autodeclarada e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

RAÇA/COR*	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
Branca	548	67,8	97	12,0	645	79,8
Negra	114	14,1	20	2,5	134	16,5
Parda	20	2,5	8	0,1	28	3,5

Amarela	1	0,1	-	-	1	0,1
Indígena	1	0,1	-	-	1	0,1
TOTAL	684	84,6	125	14,6	809	100,0

Fonte: Os autores.

* Classificação adotada pelo IMESF.

Em relação aos itens das categorias de avaliação cujos resultados gerais foram mais satisfatórios (Tabela 7), observa-se que o primeiro item é ‘assiduidade’, identificado como 1.2 que correspondia à numeração original do formulário de avaliação e integrava a categoria ‘(i) assiduidade e pontualidade’. O item refere-se ao comparecimento diário do avaliado ao trabalho. Verifica-se que 919 (71,4%) dos trabalhadores avaliados apresentam nota dez fazendo a ‘assiduidade’ ser classificada como um item ‘muito satisfatório’. Esse quesito representa tanto o comprometimento do trabalhador em comparecer diariamente às suas atividades, quanto ao fato de que, se faltar às suas atividades sem justificativa, pode ocasionar ônus em sua remuneração mensal, além de a falta não justificada ser passível de sanção.

Tabela 7 – Itens das avaliações de desempenho que obtiveram resultados muito satisfatórios (nota 10 para mais de 60% dos participantes), IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ITEM AVALIADO	NOTA 0	%	NOTA 2,5	%	NOTA 5	%	NOTA 7,5	%	NOTA 10	%	TOTAL
1.2 Assiduidade	9	0,7	30	2,3	88	6,8	242	18,8	919	71,4	1.288
2.1 Respeito à hierarquia	1	0,1	16	1,2	49	3,8	316	24,6	906	70,3	1.288
6.1 Ética e profissionalismo	1	0,1	7	0,5	28	2,2	271	21,0	981	76,2	1.288
6.2 Tratamento de informações e documentos com sigilo	0	0,0	2	0,2	8	0,6	244	18,9	1034	80,3	1.288
8.4 Participação nas reuniões de equipe	2	0,2	16	1,2	72	5,6	340	26,4	858	66,6	1.288
8.10 Realiza atendimento humanizado	4	0,3	8	0,6	38	3	340	26,4	898	69,7	1.288

Fonte: Os autores.

Na mesma Tabela 7, o item 2.1 refere-se ao respeito do trabalhador aos níveis hierárquicos e à sua chefia imediata, integrante da categoria ‘(ii) disciplina’. Como resultado, pode-se verificar que 906 trabalhadores (70,3%) foram avaliados como tendo demonstrado conhecer e respeitar os níveis hierárquicos, cumprindo as determinações que lhes são repassadas, sem demonstrar resistência para aceitar essas determinações. Essa ‘relação de respeito’ pode fazer, por um lado, com que o trabalho flua com mais tranquilidade e as atividades cotidianas possam ser realizadas de acordo com o que é esperado pela gestão, entretanto, por outro aspecto, pode representar conformismo e gerar dificuldades para inovação.

Já o item 6.1 diz respeito à execução de tarefas com ética e profissionalismo, pertencente à categoria '(vi) comportamento ético'. Pode-se observar que 981 trabalhadores (76,2%) executam suas atividades com ética e profissionalismo, agindo de forma adequada com usuários, colegas e chefia. O item 6.2 é, de certa forma, um complemento ao item 6.1 apresentado anteriormente. Faz referência ao comportamento ético do trabalhador especificamente com relação aos usuários de saúde, considerando o sigilo necessário no tratamento das informações e documentos de acordo com seu conteúdo. Como resultado, verifica-se que 1.034 trabalhadores, equivalente a 80,3% do total, sabem como tratar as informações e documentos de forma adequada, sendo inclusive a questão que apresenta como resultado a proporção mais elevada de trabalhadores com a maior pontuação. É importante destacar que os trabalhadores das Unidades de Saúde atuam dentro das comunidades e terminam por conhecer a real situação de cada família, portanto o tratamento das informações de forma sigilosa se faz fundamental no estabelecimento do vínculo com o usuário, além de proporcionar a harmonia nas relações como um todo.

O item 8.4 avalia a participação do trabalhador nas reuniões de equipe (categoria '(viii) atribuições comuns a todos os profissionais', sendo possível verificar que 858 trabalhadores, equivalente a 66,6% do total, participam das reuniões de equipe conforme é preconizado pela gestão. Cabe salientar que esse item pode apresentar dúvida interpretação visto que pode se tratar apenas da presença física do avaliado, a qual é obrigatória nas reuniões as quais são realizadas durante o horário de trabalho, mas também refletir a participação ativa do trabalhador nas reuniões, com sugestões, críticas e demais participações que se fazem necessárias. Esse item demonstra uma possível falha na avaliação desenvolvida, visto que deixa margem ao avaliador para interpretar de forma subjetiva seu significado e, conseqüentemente, avaliar de acordo com sua percepção.

Por último, no item 8.10, o qual avalia o atendimento prestado ao usuário, se verificou se o mesmo presta um atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo com o usuário. Nesse quesito, tem-se como resultado que 898 trabalhadores, equivalente a 69,7% do total, prestam atendimento humanizado de forma muito satisfatória. Nas avaliações percebe-se que se preocupam com o usuário e, em consequência, proporcionam o estabelecimento do vínculo desse usuário com a Unidade de Saúde e sua equipe, pois leva em conta o paciente como um todo, não apenas como uma doença apresentada no território.

Embora com percentuais menores de nota máxima, os itens 8.4 e 8.10 (ambos da categoria '(viii) atribuições comuns a todos os profissionais' evidenciam bons resultados

relativos à participação nas reuniões de equipe e à realização de atendimento humanizado. São duas atribuições fundamentais para o desempenho adequado das equipes de saúde da família. Além disso, constituem excelente base para o início do desenvolvimento de ações de educação na saúde no âmbito da equipe local que emergirão ao serem analisados os resultados não tão satisfatórios.

Por outro lado, em relação aos itens mais insatisfatórios (Tabela 8), o primeiro diz respeito à pontualidade do trabalhador no início e término das atividades, sem ausentar-se de seu local durante sua jornada de trabalho (item 1.1 conforme numeração original do formulário de avaliação). Esse item vincula-se à característica da personalidade de cada indivíduo e seu compromisso com horários, não sendo algo que possa ser trabalhado de outra forma que não seja de maneira individualizada. Mostra a importância do cumprimento do horário de trabalho não apenas como compromisso individual, mas na forma que a falta de pontualidade acaba por impactar no desenvolvimento das atividades das Unidades de Saúde. Nesse item, nota-se 54 trabalhadores com pontuação insatisfatória, equivalendo a 4,2% do total, e 178 trabalhadores com pontuação regular, equivalendo esses a 14% do total. Somando-se, verifica-se que há 237 trabalhadores que apresentam problemas de pontualidade, número que se apresenta elevado e corresponde a 18,6% do total.

Tabela 8 – Itens das avaliações de desempenho que obtiveram mais resultados insatisfatórios (nota até 5 para mais de 10% dos participantes), IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ITEM AVALIADO	NOTA 0	%	NOTA 2,5	%	NOTA 5	%	NOTA 7,5	%	NOTA 10	%	TOTAL
1.1 Pontualidade	5	0,4	54	4,2	178	14,0	416	32,3	635	49,3	1.288
7.1 Uso sistemático de EPI, uniforme e crachá	6	0,5	64	5,0	132	10,0	422	32,8	664	51,7	1.288
8.1 Realiza os registros no sistema de informação	11	0,9	35	2,7	128	9,9	421	32,7	693	53,8	1.288
8.11 Participação nas ações de educação na saúde	86	6,7	41	3,2	275	21,4	548	42,5	338	26,2	1.288
8.12 Participação nas ações de educação em saúde	70	5,4	42	3,3	223	17,3	505	39,2	448	34,8	1.288
8.13 Promoção do controle social	102	7,9	65	5,1	325	25,2	473	36,7	323	25,1	1.288
8.14 Identificação de parceiros na comunidade	113	8,8	35	2,7	238	18,5	487	37,8	415	32,2	1.288

Fonte: Os autores.

Já o item 7.1 refere-se ao uso sistemático dos uniformes, crachá de identificação e dos EPIs (equipamentos de proteção individual) obrigatórios a cada cargo (integrante da categoria '(vii) EPI (equipamento de proteção individual), uniforme e crachá'. Por mais que sejam de uso obrigatório, nota-se uma resistência dos trabalhadores em sua utilização, tendo 70 trabalhadores recebido pontuação insatisfatória e 132 trabalhadores pontuação regular. Somando-se, esses trabalhadores com pontuação deficitária representam 15,5% do universo total dos avaliados. Nesse item, faz-se necessário reforçar a importância da utilização desses materiais, visto que são fornecidos para maior segurança do trabalhador e facilidade em sua identificação nos territórios que atuam.

O item 8.1 diz respeito à realização do registro das atividades nos sistemas de informação, no qual há 11 trabalhadores (0,9%) que não realizam esses registros, 35 (2,7%) que os realizam de forma insatisfatória e 128 (9,9%) que os realizam de forma regular. Os registros de saúde são de extrema importância, visto que demonstram as atividades efetivamente realizadas pelos trabalhadores. Porém, sabe-se que há trabalhadores com dificuldades e resistência no acesso às novas tecnologias, portanto, podem eventualmente negligenciar o uso dessas no registro de suas atividades diárias. Além disso, esses registros são a ferramenta que auxiliam as Unidades de Saúde a evidenciar a real situação das comunidades que atuam, sendo fundamentais na identificação de prioridades para realização de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Quanto ao item 8.11, esse vem trazer à tona a discussão acerca da participação dos trabalhadores na organização das ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade e na contribuição individual nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na Unidade de Saúde em que atuam. Nota-se que 86 trabalhadores (6,7%) não realizam essas atividades, 41 trabalhadores (3,2%) realizam de forma insatisfatória e 275 trabalhadores (21,4% do total) realizam de forma regular. Ao somar-se, verifica-se um elevado percentual de 31,3% dos trabalhadores com dificuldades de realizar atividades de educação na saúde, num total de 402 trabalhadores.

No que diz respeito ao item 8.12, em complemento ao item 8.11, refere-se à realização de ações de educação em saúde à população, tais como grupos e sala de espera. Nesse quesito, verifica-se que 70 trabalhadores (5,4%) não realizam essas ações, 42 trabalhadores (3,3%) as realizam de forma insatisfatória e 223 trabalhadores (17,3%) as realizam de forma regular, representado ao final um total de 335 trabalhadores (26%) com dificuldades em realizar ações de educação em saúde aos usuários da comunidade em que atuam.

No item 8.13 foi abordada a promoção da mobilização e da participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação e efetivação desses espaços. Verificou-se que 102 trabalhadores (7,9%) não realizam essa promoção, 65 trabalhadores (5,1%) a realizam de forma insatisfatória e 325 trabalhadores (25,2%) realizam essa promoção de forma regular. Cabe salientar nesta questão o elevado número de trabalhadores que não realizam essa promoção de forma alguma, o que traz à tona o pensamento do porquê desse panorama. Isso pode estar associado à falta de tempo nas atividades ou de conhecimento dos trabalhadores acerca do controle social e também ao fato de que pode haver trabalhadores que acreditam ser o controle social muitas vezes mais um impeditivo do que um auxílio na realização das atividades, pensamento esse equivocado. Somando-se os dados acima, nota-se que há 492 trabalhadores, equivalendo a surpreendentes 38,2% do total de avaliados, que apresentam dificuldade na promoção da mobilização e da participação dos usuários na efetivação do controle social.

Em relação aos itens mais insatisfatórios, por último temos o item 8.14, que aborda a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. Dentre os avaliados, 113 trabalhadores (8,8%) não realizam essa identificação, 35 trabalhadores (2,7%) a realizam de forma insatisfatória e 238 trabalhadores (18,5%) realizam essa identificação de forma regular. Somando-se esses dados, tem-se o total de 386 trabalhadores, equivalente a 30% dos avaliados, com visível dificuldade no entendimento da importância da realização das atividades intersetoriais dentro da realidade da comunidade em que atuam.

Dentre os apontamentos que surgiram nas avaliações, dos sete itens da tabela 7 destacam-se quatro que demonstraram desempenhos mais insatisfatórios dos trabalhadores da Atenção Primária. Entende-se que esses são os itens que ensejariam atenção prioritária para incorporação de novas práticas educacionais por abrangerem, cada um, pelo menos 25% da força de trabalho avaliada.

O primeiro resultado a ser destacado refere-se ao item 8.13, o qual registrou 38,2% de notas insatisfatórias (0; 2,5 e 5) entre as avaliações realizadas e o percentual de 7,9% de '0' (não realiza). Esse item diz respeito a dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando assim a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde.

De acordo com Matuoka e Ogata (2010), no caso dos Conselhos Locais de Saúde, a proximidade entre gestores, profissionais e usuários faz com que os Conselhos sejam apontados como lugares privilegiados para o exercício da democracia participativa e, conseqüentemente,

do controle social sobre os serviços de saúde. Essa invisibilidade muitas vezes vivida pelos Conselhos Locais de Saúde, acaba prejudicando seu reconhecimento até dentro da comunidade em que atua, pois nem sempre os usuários dos serviços de saúde conhecem o Conselho da Unidade de Saúde que frequentam ou entendem sua finalidade, o que acaba por resultar em uma baixa participação da comunidade em suas reuniões (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Exatamente para evitar essa invisibilidade e falta de conhecimento acerca do Conselho Local nas Unidades de Saúde, é que se faz importante a divulgação e a mobilização da comunidade na efetivação desses espaços.

A segunda questão a ser destacada refere-se ao item 8.11, o qual obteve 31,3% de ‘notas insatisfatórias’ e 6,7% de notas ‘0’ das avaliações realizadas. Esse item diz respeito à ainda tímida participação do trabalhador nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade de Saúde e na pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos no local por parte dos trabalhadores. Porém, para fazer educação na saúde e contribuir nos processos de ensino-aprendizagem, é importante que seja disponibilizado ao trabalhador o conhecimento acerca do funcionamento dessas atividades e de como ele pode contribuir nesse processo.

Cabe destacar o que traz Feuerwerker (2007), que menciona ser a educação na saúde um campo de produção de conhecimento, tanto interdisciplinar quanto transdisciplinar, sendo um campo de saberes e de práticas sociais sempre em processo de constituição e construção. Ou seja, é um campo de conhecimento desenvolvido pelos trabalhadores para os trabalhadores.

Ricaldoni e Sena (2006) salientam o desafio de estimular o desenvolvimento da consciência nos trabalhadores sobre a importância da educação permanente em saúde no seu cotidiano, visto que o trabalhador ainda tem a dificuldade de se ver responsável por seu processo permanente de capacitação. Afinal, cita-se tanto a Educação Permanente em Saúde (EPS), mas muitas vezes se esquece de questionar se os trabalhadores de saúde estão cientes de sua importância e de como essa prática pode auxiliá-los em suas atividades e no entrosamento da equipe.

Faz-se importante, portanto, elucidar a esses trabalhadores os conceitos, estratégias e técnicas que podem ser utilizadas, estimulando a participação nas atividades de educação na saúde e assim aumentar a contribuição de cada indivíduo nos processos de ensino e de aprendizagem voltados aos colegas e à equipe como um todo.

O terceiro resultado a ser destacado refere-se ao item 8.14, o qual obteve 30% de notas insatisfatórias e 8,8% de '0' do total de avaliações realizadas. O item diz respeito à identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

De acordo com Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012), a intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. Sendo assim, a fim de buscar o aprimoramento na identificação de parceiros e recursos na comunidade em que atuam, é preciso que seja proporcionado aos trabalhadores envolvidos o conhecimento necessário acerca desse assunto, de forma que estejam apropriados dos saberes e possam, por si só, pensarem em estratégias que busquem a efetivação de ações intersetoriais em suas respectivas Unidades de Saúde.

Por último, destaca-se a questão referente ao item 8.12, o qual obteve 26% de notas insatisfatórias (0; 2,5 e 5), sendo 5,4% de '0' (não realiza) entre as avaliações realizadas. Esse item refere-se à frequência (baixa) de realização de atividades de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupo, salas de espera e outros.

Neste momento, é importante elucidar que existe diferença entre os termos 'educação na saúde' e 'educação em saúde'. A educação na saúde foi tratada nos parágrafos anteriores e diz respeito a atividades realizadas junto aos profissionais das equipes de saúde. Já a educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como um processo de conhecimentos em saúde que visa à apropriação das temáticas pela população a ser atendida, sendo composto por um conjunto de práticas que contribuem para complementar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, de forma a obter uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2006).

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), os grupos de educação em saúde se constituem de uma prática fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes. Além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa também é o que aprende, por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes, caracterizando-o, portanto, como um processo mútuo, democrático e solidário.

As atividades em grupo na Atenção Primária à Saúde tornaram-se uma alternativa para as práticas assistenciais, pois são espaços que favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde/doença de cada indivíduo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Por outro lado, é reconhecível também que o conhecimento dos trabalhadores sobre a necessidade de educação permanente em saúde, articulação com o controle social e participação

da comunidade e outros tópicos relacionados à educação na/em saúde, por si só não se traduz necessariamente em ações efetivas no território.

Como limitação do trabalho reconhece-se que outros aspectos estão implicados e poderiam ser abordados. Citam-se, como exemplo, as sistemáticas relacionadas aos processos de trabalho, à estruturação e à composição das equipes e à definição de prioridades para atuação. Diversos itens da avaliação de desempenho não foram abordados porque não obtiveram resultados positivos ou negativos tão expressivos como os destacados, o que não significa que não possam ser relevantes e possam contribuir para melhorias dos serviços de saúde.

Considerações finais

Faz-se importante esclarecer que os dados disponibilizados permitiriam um desdobramento ainda maior de informações a serem analisadas e levadas à reflexão, porém devido à concentração despendida no enfoque proposto, os autores detiveram-se apenas nas informações que consideraram mais relevantes. Outro ponto a ser destacado foi poder apresentar a caracterização da população participante da pesquisa e o quão útil pode se mostrar a análise dos dados disponibilizados, trazendo à tona a caracterização geral dos recursos humanos da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre. Tornou-se possível analisar quesitos como faixa etária, escolaridade, trabalhadores com pós-graduação entre outros, dados esses que podem ser relevantes ao se elaborarem estratégias para as equipes de saúde e aos trabalhadores em si.

Dada a importância dos assuntos abordados, torna-se necessário um planejamento estratégico a fim de possibilitar que os dados provenientes das avaliações de desempenho aplicadas aos trabalhadores possam ser anualmente analisados. A intenção deve ser demonstrar a evolução ou o retrocesso de acordo com os dados dos anos anteriores, e permitir assim melhoramentos do processo e a busca contínua do aperfeiçoamento da gestão local dos trabalhadores em saúde.

Referências

- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Makron, 2007.
- BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, 2012. DOI: 10.1590/S1983-14472012000100008

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 25 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial: República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um Conselho Local de Saúde: limites e potencialidades. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015000702014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

CABRITO, B. G. Avaliar a qualidade em educação: Avaliar o quê? Avaliar como? Avaliar para quê? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 78, p. 178-200, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n78/v29n78a03.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-178, set. 2004/fev. 2005.

DALMAU, M. B. L.; BENETTI, K. C. **Avaliação de desempenho**. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FEUERWERKER, L. M. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007. DOI: 10.1590/S0100-55022007000100001

GUIMARÃES, P. R. B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos Conselhos Locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BARROS, A. F. R. *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE/INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PMPA/IMESF). **Manual do trabalhador do IMESF**. Porto Alegre: IMESF, 2016. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/imesf/usu_doc/manualimesf2016.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de "enseñanza" para profesionales de la salud y pacientes. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100008

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe de Saúde da Família**: possibilidades da construção da interdisciplinaridade, 2006. Tese de conclusão de curso (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

WERMELINGER, M. *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

Pesquisas

SAÚDE BUCAL NA PUERICULTURA: RESULTADOS DE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA VOLTADA A ENFERMEIROS E MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ORAL HEALTH IN CHILD CARE: RESULTS OF AN EDUCATIONAL ACTIVITY FOCUSED ON NURSES AND PHYSICIANS IN PRIMARY HEALTH CARE

SALUD ORAL EN LA ATENCIÓN INFANTIL: RESULTADOS DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA CENTRADA EN ENFERMEROS Y MÉDICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Mariana Loch dos Reis¹

Daniel Demétrio Faustino-Silva²

Resumo

Objetivou-se analisar se a realização de uma atividade educativa sobre o tema saúde bucal na primeira infância incrementou os conhecimentos, as atitudes e as práticas em saúde bucal na puericultura de enfermeiros e médicos, contratados e residentes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). Um estudo do tipo antes e depois com abordagem quantitativa analítica foi realizado com médicos e enfermeiros do SSC-GHC, localizado no município de Porto Alegre/RS. Foi aplicado questionário fechado, com 32 questões de escolha simples, para avaliar conhecimentos, práticas e atitudes (CAP) em saúde bucal na puericultura de enfermeiros e médicos, antes e após uma atividade educativa com a duração de uma hora. A amostra intencional foi composta por 27 enfermeiros e 47 médicos na primeira etapa e por 14 enfermeiros e 19 médicos na segunda etapa. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software SPSS através do teste Qui-quadrado de McNemar, ao nível de significância estatística de $p < 0,05$. Os resultados mostraram que apenas as questões sobre conhecimentos profissionais em saúde bucal na primeira infância, quando analisadas em bloco, para os médicos, apresentaram diferença estatisticamente significativa antes e depois da atividade educativa. Para as atitudes e práticas profissionais, não houve diferença estatisticamente significativa antes e depois da atividade educativa, sugerindo que o método utilizado não foi adequado para o objetivo proposto. Uma atividade educativa pontual sobre cuidado em saúde bucal na primeira infância não foi capaz de modificar significativamente conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros nas consultas de puericultura no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Enfermeiras de Saúde da Família. Médicos de Família. Educação em Saúde.

¹ Cirurgiã-dentista do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mari_loch@hotmail.com

² Cirurgião-dentista do Serviço de Saúde Comunitária e professor do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ddemetrio@gmail.com

Abstract

The objective was to analyze whether the performance of an educational activity on the subject of oral health in early childhood increased the knowledge, attitudes of oral health practices in childcare by nurses and doctors, contractors and residents of the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). A before and after study with a quantitative analytical approach was carried out with doctors and nurses from the SSC-GHC, located in the city of Porto Alegre/RS. A closed questionnaire was applied, with 32 simple-choice questions, to assess knowledge, practices and attitudes (KAP) in oral health in childcare by nurses and doctors, before and after an educational activity lasting one hour. The intentional sample consisted of 27 nurses and 47 doctors in the first stage and 14 nurses and 19 doctors in the second stage. The data were tabulated and analyzed with the aid of the SPSS software using the McNemar Chi-square test, at the level of statistical significance of $p < 0.05$. The results showed that only questions about professional knowledge about oral health in early childhood, when analyzed en bloc, for doctors, showed a statistically significant difference before and after the educational activity. For professional attitudes and practices, there was no statistically significant difference before and after the educational activity, suggesting that the method used was not suitable for the proposed objective. A punctual educational activity on oral health care in early childhood has not been able to significantly modify the knowledge, practices and attitudes of doctors and nurses in childcare consultations in the context of Primary Health Care.

Keywords: Oral Healthy. Primary Health Care. Family Nurses Practitioners. Physicians Family. Health Education.

Resumen

El objetivo fue analizar si el desempeño de una actividad educativa sobre el tema de la salud oral en la primera infancia aumentó el conocimiento, las actitudes de las prácticas de salud oral en el cuidado infantil por parte de enfermeras y médicos, contratistas y residentes del Servicio de Salud Comunitario del Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). Se realizó un estudio antes y después con un enfoque analítico cuantitativo con médicos y enfermeras del SSC-GHC, ubicado en la ciudad de Porto Alegre/RS. Se aplicó un cuestionario cerrado, con 32 preguntas de opción simples, para evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas (CAP) en salud oral en el cuidado infantil por parte de enfermeras y médicos, antes y después de una actividad educativa que dura una hora. La muestra intencional consistió en 27 enfermeras y 47 médicos en la primera etapa y 14 enfermeras y 19 médicos en la segunda etapa. Los datos se tabularon y analizaron con la ayuda del software SPSS utilizando la prueba de Chi-cuadrado de McNemar, al nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Los resultados mostraron que solo las preguntas sobre el conocimiento profesional sobre la salud bucal en la primera infancia, cuando se analizaron en bloque, para los médicos, mostraron una diferencia estadísticamente significativa antes y después de la actividad educativa. Para las actitudes y prácticas profesionales, no hubo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la actividad educativa, lo que sugiere que el método utilizado no era adecuado para el objetivo propuesto. Una actividad educativa específica sobre el cuidado de la salud bucal en la primera infancia no ha podido modificar significativamente el conocimiento, las prácticas y las actitudes de los médicos y enfermeras en las consultas de cuidado infantil en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Salud Bucal. Atención Primaria de Salud. Enfermeras de Familia. Médicos de Familia. Educación en Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com equipes formadas por profissionais de diferentes núcleos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal) atuando de forma conjunta, visando à atenção integral ao paciente e a sua família.

Na lógica da APS, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) foi criado no ano de 1985, como resultado da demanda popular pela criação de uma unidade de saúde na região. A primeira unidade foi construída dentro do hospital e abrigou médicos do programa de residência em Saúde da Família e Comunidade. Com o passar do tempo foram criadas novas unidades de saúde e outros profissionais foram agregados, até chegar ao modelo de atual: 12 unidades de saúde distribuídas na zona norte de Porto Alegre/RS, que contam com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal.

Acompanhando a inclusão de novos núcleos profissionais, foi criado o programa de residência multiprofissional, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, em 2004. Devido ao fato de as equipes serem multiprofissionais e ampliadas, já se trabalhava com a lógica da ESF antes mesmo de ser apontada pelo Ministério da Saúde como estratégia para a reorganização da APS no país.

A literatura nacional tem trazido relatos um pouco distintos da realidade encontrada nas unidades de saúde nas quais a presente pesquisa foi realizada. Estudos retratam dificuldades enfrentadas pelas equipes e muitas vezes a impossibilidade de se construir um trabalho multiprofissional em saúde, tais como despreparo dos profissionais, ausência de espaços para a troca de conhecimentos e discussão de casos, isolando os profissionais a sua ‘caixinha de saber’ (COLOMÉ, 2005; OTENIO *et al.*, 2008; NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013; PERUZZO, 2018). Contrariando esse cenário e contexto, as unidades de saúde pesquisadas realizam um trabalho multiprofissional que possibilita diversas trocas, proporcionando cuidado integral ao paciente, enriquecido pelos conhecimentos de uma equipe de apoio matricial que inclui nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, que no modelo da ESF brasileira caracterizam os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Ter esses profissionais integrando as equipes de APS, mesmo que não em tempo integral, favorece as ações de cuidado integral e integrado entre os núcleos profissionais.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas nas ESF precisam encontrar formas de contornar as dificuldades e se incluírem em outras atividades, considerando que o trabalho do cirurgião-dentista, do técnico em saúde bucal e do auxiliar em saúde bucal extrapola as práticas odontológicas curativas e de reabilitação, pois os agravos de saúde estão em relação direta com a saúde bucal. Além disso, os profissionais da Odontologia também criam vínculos com os pacientes sendo, por vezes, o único ou principal contato do usuário com a unidade.

Atualmente, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição trabalha com programas de saúde que funcionam como orientadores da atenção e da vigilância em saúde. Alguns agravos e condições transitórias ou permanentes têm seus respectivos programas. Todos possuem rotinas e protocolos de atenção, nos quais são abordados os aspectos clínicos, medicações, alimentação, saúde bucal, entre outros. Desses, destaca-se o Programa de Atenção à Saúde da Criança, onde são abordados aspectos da Puericultura e do cuidado com o bebê no primeiro ano de vida até os 12 anos da criança. Esse programa preconiza que todas as crianças consultem com o médico e/ou enfermeiro algumas vezes durante o primeiro ano de vida e uma vez com o cirurgião-dentista, preferencialmente após os seis meses de vida, visto que as orientações deverão ser apenas um reforço do que já foi abordado pelo médico/enfermeiro nas consultas de puericultura.

Para que isso ocorra de forma qualificada, é preciso que todos os integrantes da equipe de saúde na ESF conheçam os aspectos relacionados à saúde bucal do bebê, o que se tornou possível por meio da inclusão do tema no processo educativo da equipe, a Educação Permanente em Saúde (EPS). Cabe destacar que EPS é um processo educativo no qual o cotidiano do trabalho em saúde é problematizado e possibilita a reflexão e avaliação do que é produzido (CECCIM, 2005), visando a resolutividade, integralidade e humanização da atenção (CAVALCANTI; WANZELLER, 2009). Como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a EPS surgiu em 2004 como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e com o objetivo de formar e qualificar os recursos humanos do SUS, qualificando seu processo de trabalho e melhorando a qualidade da atenção oferecida à população (BRASIL, 2004).

O presente estudo busca avaliar se a realização de uma atividade educativa sobre o tema saúde bucal na puericultura incrementou os saberes de enfermeiros e médicos e incentivou que informações referentes a hábitos de higiene bucal, de sucção deletéria (dedo e chupeta) e alimentares, fossem trabalhadas nas consultas de puericultura realizadas até os seis meses por estes profissionais, simplificando e facilitando a participação e a compreensão por parte dos pais e/ou responsáveis, postergando, assim, a consulta odontológica específica do primeiro ano de vida do bebê para o período de seis a doze meses de idade. Para isso, o objetivo do estudo foi comparar os conhecimentos, as práticas e atitudes em saúde bucal na primeira infância de enfermeiros e médicos, contratados e residentes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, antes e depois da realização de uma atividade educativa sobre o tema.

Metodologia

Um estudo do tipo antes e depois com abordagem quantitativa analítica foi realizado com médicos e enfermeiros do SSC-GHC, serviço de APS 100% SUS, localizado na zona norte no município de Porto Alegre/RS. A pesquisa foi realizada no ano de 2014 em duas etapas, uma de pré-teste utilizando um instrumento para explorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura (zero a um ano de vida) e outra de uma atividade educativa em saúde bucal no primeiro ano de vida para os médicos e enfermeiros com posterior aplicação do mesmo instrumento de avaliação pós-teste.

Etapa I: Exploração dos conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura (zero a um ano de vida).

Foi aplicado um questionário fechado pré-teste, com 32 questões de escolha simples, elaborado pelos pesquisadores e não validado, para avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes (CAP) de médicos e enfermeiros, contratados e residentes, de onze das doze unidades de saúde que compõem o SSC-GHC em saúde bucal na puericultura. A amostra intencional foi composta por 27 enfermeiros e 47 médicos que aceitaram participar do estudo, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse instrumento para profissionais de saúde foi adaptado a partir de um CAP voltado a pais ou responsáveis de crianças (LUZ, 2014; LUZ *et al.*, 2020). O instrumento CAP do presente estudo é composto por perguntas objetivas de escolha simples entre cinco alternativas com níveis de concordância total, parcial ou neutra e é dividido em três blocos. O bloco A, composto por doze questões, refere-se aos conhecimentos sobre saúde bucal na primeira infância adquiridos pelos profissionais durante sua formação e ao longo da carreira, abordando assuntos gerais sobre alimentação, higiene bucal e cárie. O bloco B, composto por treze questões, refere-se às atitudes sobre saúde bucal na primeira infância, sobre aquilo que os profissionais compreendem sobre o tema e orientam na sua rotina de consultas. O bloco C, composto por sete questões, refere-se às práticas profissionais sobre saúde bucal na primeira infância, ou seja, sobre o que de fato eles recomendam aos pais/responsáveis, referentes à higiene bucal, nascimento dos dentes e consulta com os cirurgiões-dentistas. Maior detalhamento da metodologia da etapa I do estudo pode ser encontrada na publicação de Reis, Luvison e Faustino-Silva (2015).

Etapa II: Educação permanente sobre saúde bucal no primeiro ano de vida para médicos e enfermeiros.

Trinta dias após a conclusão da etapa I, realizou-se uma atividade educativa sobre o tema saúde bucal na puericultura, de zero a um ano de vida, nas unidades participantes do estudo. A atividade foi realizada por uma das pesquisadoras, de forma dialogada, com a duração

de uma hora e com o auxílio de uma apresentação multimídia em *PowerPoint*, elaborada a partir das questões com menor número de acertos no questionário. Cada unidade de saúde agendou o melhor dia e horário para a realização da atividade e toda a equipe foi convidada a participar, não apenas os profissionais envolvidos na pesquisa, visto que todos profissionais de saúde estão envolvidos com a saúde bucal na puericultura.

O questionário pós-teste foi aplicado aos profissionais em um período de 15 a 30 dias após a atividade educativa.

De um universo de 87 médicos e 63 enfermeiros do SSC-GHC, a amostra intencional inicial na etapa I do estudo foi composta por 47 médicos e 27 enfermeiros. Participaram da etapa II do estudo e responderam ao questionário pós-teste 19 médicos e 14 enfermeiros contratados e residentes, sendo essa a mostra total analisada no presente estudo (n=33).

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do *software* SPSS versão 16.0 através do teste Qui-quadrado de McNemar, ao nível de significância estatística de $p < 0,05$. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC (CAAE: 26898314.9.0000.5530 e CEP: 14-007).

Resultados

Foram convidados 150 profissionais para participar da pesquisa, obtendo-se um retorno, na primeira etapa de 74 deles, sendo 27 (36,5%) enfermeiros e 47 (63,5%) médicos. Os resultados detalhados da primeira etapa estão publicados no artigo ‘Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS’ (REIS; LUVISON; FAUSTINO-SILVA, 2015).

Na segunda etapa, da amostra inicial de 74 profissionais, participaram do pós-teste 33 profissionais, sendo 14 (42,4%) enfermeiros e 19 (57,5%) médicos, com uma taxa de resposta média de 44,6%. Houve a perda de 41 profissionais, decorrente do não interesse em participar da pesquisa, afastamento do trabalho ou trancamento da residência no período de coleta dos dados. Dos incluídos, 23 (69,6%) eram do sexo feminino e 10 (30,3%) do sexo masculino. O tempo de formado variou de um ano a 34 anos, com média de 13,3 anos para enfermeiros e 19,9 anos para médicos.

Como pode ser observado na Tabela 1, nenhum dos temas avaliados obteve diferenças estatisticamente significativas antes e depois da atividade educativa, e as questões que obtiveram aumento nos percentuais de acertos nas duas categorias profissionais foram: tratamento dos dentes decíduos, primeira consulta com o cirurgião-dentista, potencial cariogênico de sucos artificiais, benefícios do aleitamento materno, adição de açúcar na

mamadeira, uso de mamadeira, consumo de água após os seis meses, o que fazer em caso de resistência do bebê à escovação, conhecimento e formação, uso do protocolo da criança, se o profissional orienta a saúde bucal e sobre quem deve orientar sobre saúde bucal, como limpar a boca sem dentes. Para os enfermeiros, os tópicos que melhoraram os acertos foram: saúde bucal durante a formação, quantidade de dentifrício para crianças de um ano e erupção dos primeiros dentes. Já para os médicos, cárie em menores de um ano e prática interdisciplinar foram os temas com maior índice de acertos pós-atividade educativa. Os assuntos que obtiveram redução no número de acertos após a atividade educativa para as duas categorias foram: aleitamento materno prolongado, espaços de educação permanente e qual dentifrício usar com um ano. Para os enfermeiros, fluorose dentária e frequência de higiene bucal alcançaram menores acertos.

Tabela 1 – Número de acertos sobre conhecimentos, atitudes e práticas em cada questão por categoria profissional, antes e após a atividade educativa, Porto Alegre, RS, 2014.

Questão	Enfermeiros (n=14)		p*	Médicos (n=19)		p*
	Pré-teste n (%)	Pós-teste acertos		Pré-teste n (%)	Pós-teste acertos	
Questão Conhecimentos						
Cárie em menores de 1 ano	10 (76,9)	8 (57,1)	0,375	11 (57,9)	16 (84,2)	0,063
Dentes decíduos erupcionam com cáries	6 (42,9)	11 (78,6)	0,063	4 (21,1)	9 (47,4)	0,125
Tratamento de dentes decíduos	7 (50,0)	11 (84,6)	0,219	15 (78,9)	16 (84,2)	1,000
Primeira consulta com cirurgião-dentista	13 (100)	13 (100)	1,000	16 (88,9)	18 (94,7)	1,000
Dentifrício com flúor	5 (35,7)	11 (78,6)	0,031	8 (44,4)	13 (68,4)	0,289
Fluorose	8 (57,1)	4 (28,6)	0,289	6 (33,3)	8 (42,1)	1,000
Aleitamento materno prolongado	0 (0,0)	2 (14,3)	0,500	0 (0,0)	0 (0)	1,000
Cárie e antibiótico	3 (21,4)	5 (35,7)	0,500	5 (26,3)	8 (42,1)	0,375
Transmissibilidade bacteriana	8 (57,1)	6 (42,9)	0,727	8 (42,1)	11 (57,9)	0,453
Saúde bucal materna	7 (50,0)	6 (42,9)	1,000	5 (26,3)	7 (36,8)	0,625
Potencial cariogênico de sucos artificiais	10 (71,4)	12 (85,7)	0,500	16 (84,2)	17 (89,5)	1,000
Fórmulas com açúcar	1 (7,1)	4 (30,8)	0,250	5 (27,8)	8 (42,1)	0,508
Questão Atitudes						
Benefícios do aleitamento materno	14 (100)	14 (100)	1,000	16 (94,1)	18 (94,7)	1,000
Adição de açúcar nas mamadeiras	14 (100)	14 (100)	1,000	18 (100)	19 (100)	1,000
Orientação sobre uso de mamadeira	13 (92,9)	14 (100)	1,000	17 (94,4)	18 (94,7)	1,000
Mamadeira noturna	12 (85,7)	10 (71,4)	0,500	11 (61,1)	15 (78,9)	0,250
Consumo de água após os seis meses	13 (92,9)	14 (100)	1,000	15 (78,9)	17 (89,5)	0,625
Resistência do bebê a higiene bucal	12 (85,7)	13 (92,9)	1,000	16 (84,2)	16 (84,2)	1,000
Conhecimentos e formação	12 (85,7)	12 (85,7)	1,000	16 (84,2)	18 (94,7)	0,500

Saúde bucal durante a formação	12 (85,7)	12 (85,7)	1,000	17 (89,5)	15 (78,9)	0,500
Espaços de Educação Permanente	6 (42,9)	1 (7,1)	0,063	6 (33,3)	5 (27,8)	1,000
Prática interdisciplinar	11 (78,6)	11 (78,6)	1,000	15 (83,3)	15 (83,3)	1,000
Uso do Protocolo da Criança	14 (100)	14 (100)	1,000	14 (77,8)	16 (88,9)	1,000
Orientar sobre saúde bucal	14 (100)	14 (100)	1,000	17 (94,4)	17 (94,4)	1,000
Somente equipe de saúde bucal orienta	13 (92,9)	13 (92,9)	1,000	17 (89,5)	18 (94,7)	1,000
Questão Práticas						
Frequência da limpeza da boca	2 (14,3)	1 (7,1)	1,000	4 (22,2)	4 (22,2)	1,000
Como limpar boca sem dentes	11 (84,6)	11 (84,6)	1,000	17 (100)	14 (82,4)	0,250
Como limpar a boca com dentes	7 (50,0)	10 (71,4)	0,453	10 (58,8)	12 (66,7)	0,687
Qual dentifrício usar em crianças de 1 ano	1 (7,1)	7 (53,8)	0,031	0 (0,0)	4 (21,1)	0,125
Quantidade de dentifrício adequada para crianças de 1 ano	11 (78,6)	13 (92,9)	0,500	13 (68,4)	13 (68,4)	1,000
Frequência ideal de consultas	11 (78,6)	11 (78,6)	1,000	8 (42,1)	9 (47,4)	1,000
Erupção dos primeiros dentes	12 (85,7)	12 (85,7)	1,000	11 (61,1)	13 (68,4)	1,000

*Teste Qui-quadrado de McNemar ($\alpha = 0,05$).

A Tabela 2 mostra a média de acertos por profissão em cada grupo de questões, onde houve diferença estatisticamente significativa entre médicos, no grupo conhecimentos profissionais sobre saúde bucal na primeira infância. Nos demais grupos não houve grandes variações antes e depois da atividade educativa.

Tabela 2 – Média de acertos em cada grupo de questões por formação profissional, antes e após a atividade educativa, Porto Alegre, RS, 2014.

Blocos de questões	Enfermeiros (n=14)		p*	Médicos (n=19)		p*	Todos os profissionais (n=33)		p*
	Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste	
	n (%)	acertos		n (%)	acertos		n (%)	acertos	
Conhecimentos profissionais sobre saúde bucal na primeira infância	46,42 (17,51)	55,35 (13,71)	0,051	43,42 (17,76)	57,46 (16,40)	0,003	44,69 (17,40)	56,56 (15,13)	0,000
Atitudes profissionais sobre saúde bucal na primeira infância	87,91 (8,90)	85,71 (7,30)	0,521	78,94 (21,58)	83,80 (13,54)	0,405	82,75 (17,73)	84,61 (11,21)	0,774
Práticas profissionais sobre saúde bucal na primeira infância	56,12 (15,30)	66,32 (14,40)	0,058	47,36 (17,20)	51,87 (25,29)	0,546	51,08 (16,76)	58,00 (22,28)	0,122

*Teste Qui-quadrado de McNemar ($\alpha = 0,05$).

Discussão

Os resultados mostraram que apenas as questões relacionadas a conhecimentos profissionais sobre saúde bucal na primeira infância, quando analisadas em bloco, para os médicos, apresentaram diferença estatisticamente significativa antes e depois da atividade educativa. Para as atitudes e práticas profissionais não houve diferença estatisticamente significativa, sugerindo que o método utilizado não foi adequado para o objetivo proposto. Tal fato pode ser explicado pelo pouco tempo para discussão de uma gama extensa de assuntos (uma hora) e o curto prazo de acompanhamento (30 dias), que talvez não proporcione efetivas reflexões e modificações nas atitudes e práticas do cuidado bucal na puericultura. Assim, questiona-se as formas de compartilhamentos de saberes e práticas entre os profissionais, tanto na odontologia como nas outras áreas da saúde.

A educação é um exercício coletivo, no qual se busca a valorização das experiências individuais, a fim de reinventar e reconstruir o conhecimento, favorecendo a redescoberta do indivíduo (PALHARES GUIMARAES; HAUEISEN MARTIN; PAOLINELLI RABELO, 2010). Para que isso ocorra, é preciso que o indivíduo esteja aberto a ‘aprender a ser’ de determinados modos, permitindo a remodelação decorrente das exigências do caminho (FAURE *et al.*, 1972). Para ser educado, o sujeito deve ser desafiado a transformar-se, reconfigurar-se (FAURE *et al.*, 1972).

Pode-se entender a educação permanente como aprendizagem-trabalho, porque ela acontece no cotidiano, originando-se nos desafios encontrados e considerando a vivência prévia do indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2011). O conhecimento deve ser construído por meio do diálogo e das relações interpessoais, das experiências dos envolvidos, inclusive da vivência das relações sociais, permitindo novas formas de pensar o saber e o fazer (FREIRE, 1979). A EPS também pode ser vista como uma forma de ampliar o vínculo entre os profissionais de uma equipe multiprofissional, principalmente do cirurgião-dentista e de alguns médicos, que não compreendiam seu papel na equipe ou que não se relacionavam com colegas de determinadas profissões (LIMA *et al.*, 2010).

Essa ampliação de vínculo pode ser facilitada por meio de ensino/educação em serviço, que é caracterizada pela aprendizagem prática, aplicada nas relações humanas, visando desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais, atrelado ao aperfeiçoamento técnico e científico (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007), porque promove a vivência *in loco* de profissionais em formação, tornando o serviço mais receptivo a interações e trocas de saberes. Serviços que possuem programas de estágios e residências multiprofissionais têm

esse processo estimulado e facilitado, culminando com uma maior troca entre os diversos núcleos que os compõem.

A educação permanente em saúde depende do uso de uma estratégia que englobe processos de mudança na prática de saúde e nas instituições, permitindo alcançar o desenvolvimento de recursos humanos e do serviço, bem como o aperfeiçoamento do trabalho, sua maior qualidade e maior satisfação do usuário (PALHARES GUIMARAES; HAUEISEN MARTIN; PAOLINELLI RABELO, 2010). É um processo contínuo e por isso, está sempre sendo revisto, remodelado, problematizado. Problematizar envolve refletir, planejar, analisar, subjetivar, criar, recriar, envolver, inserir, responsabilizar (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011).

Os processos educativos que mais apresentam resultados ocorrem por meio da problematização do contexto em que a equipe está inserida, tanto de território quanto de processo de trabalho, permitindo que os profissionais percebam onde precisam melhorar suas práticas e possam refletir como fazer isso, de forma conjunta, a partir de suas vivências. A problematização proporciona uma ampla discussão, onde todos podem expressar suas opiniões pessoais e técnicas, e juntos constroem a melhor alternativa para aquela situação. Nesse sentido, talvez se obtenha melhores resultados na modificação de conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais médicos e enfermeiros no cuidado em saúde bucal na puericultura por meio de atividades de educações reflexivas, problematizadoras e continuadas nos serviços de saúde. Ações pontuais, como a utilizada no presente estudo, não parecem ser as mais efetivas.

Ademais, quanto à instrumentalização dos profissionais para os processos de educação permanente, também é muito importante retomar a questão do trabalho em equipe. O conjunto de profissionais de diversos núcleos não é sinônimo de trabalho em equipe, o que só é possível a partir do momento em que se conhece o trabalho do outro e se permite a troca de saberes entre os profissionais, criando conexões e pontes para o trabalho (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008). Segundo Araujo e Rocha (2007), as práticas profissionais devem se entrelaçar uma a outra, transformando-se cotidianamente nas intervenções de contextos onde estão inseridos. Isso só ocorre quando todos os profissionais estão envolvidos no trabalho, realizando suas especificidades nucleares, intercambiando conhecimentos para dar conta da complexidade das necessidades dos seus usuários (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008). Para isso, é preciso que os profissionais tenham uma adequada interação e consigam articular suas ações (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

A divergência entre os profissionais, quando não devidamente dialogada e conduzida para uma conciliação, pode desmotivar o trabalho, pois denuncia um ambiente onde não há a escuta, nem o respeito às diferenças (PEREIRA, 2011). É essencial que os profissionais se

sintam acolhidos, seguros e valorizados para que possam expressar suas considerações acerca tanto do processo de trabalho, quanto sobre os cuidados com os usuários. Um ambiente hostil nunca é agradável para o trabalho e acaba por atrapalhar a integração entre os profissionais, formando muros e barreiras no cuidado integral aos usuários.

A falta de espaço para o planejamento e discussão de casos prejudica o trabalho multiprofissional. Silva e Trad (2005) observaram em estudo sobre o trabalho em equipe que reuniões semanais podem se transformar meramente em um espaço administrativo e de relatos profissionais, com pouca interação e objetivando o esclarecimento de dúvidas durante os atendimentos e encaminhamento de pacientes. Assim, um momento para que todos discutam juntos e elaborem o planejamento para o manejo de casos mais complexos precisaria ser preservado. O ideal é que esses espaços sejam formalizados e ocorram com uma periodicidade adequada e em horário que possibilite a presença de todos os membros da equipe. É importante que todos conheçam seu território e seus usuários, estando mais apropriados do caso para discussão.

Não foram encontrados estudos que tragam metodologias para a abordagem teórica na execução de atividades educativas para profissionais de saúde, que são importantes para instrumentalizá-los para os momentos de reflexão e construção de novas práticas no seu cotidiano de trabalho. Isso traz luz para a necessidade de se repensar as práticas de educação permanente em saúde, e discutir formas lúdicas e eficazes de preparar os profissionais de equipes multiprofissionais nos processos formativos. Ainda, as equipes de saúde bucal precisam fortalecer e publicizar suas experiências no trabalho integrado às equipes de saúde.

Como limitações do presente estudo, destaca-se o desenho experimental do tipo antes e depois não randomizado, delineamento que não controla fatores concomitantes à intervenção que podem contribuir para o desfecho, a amostra restrita a profissionais de um único serviço de APS e o baixo percentual de resposta dos participantes. Soma-se a esses o curto prazo de acompanhamentos dos profissionais. Nesse sentido, recomenda-se pesquisas em outros contextos de APS no Brasil, que possam incluir outros núcleos das equipes multiprofissionais e estratégias e ferramentas de educação em serviço que possam ser mais efetivas a longo prazo.

Conclusão

Uma atividade educativa pontual sobre cuidado em saúde bucal na primeira infância não foi capaz de modificar significativamente conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros nas consultas de puericultura no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Referências

- ARAUJO, M.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 24 jun. 2020.
- BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/portaria-no-198gm-em-13-de-fevereiro-de-2004/>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- CAVALCANTI, Y. W.; WANZELLER, M. C. C. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 13-20, 2009.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- COLOME, I. C. S. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. 2005. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6073/000524620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2020.
- FAURE, E. *et al.* **Aprender a ser**. Lisboa: Portugal, 1972.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.
- LIMA, J. V. C. *et al.* A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, out. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.
- LUZ, P. B. **Cárie precoce da infância: influência de variáveis sociais, psicológicas e comportamentais**. 2014. Tese (Programa de Pós-graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/105233>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- LUZ, P. B. *et al.* The role of mother's knowledge, attitudes, practices in dental caries on vulnerably preschool children. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, Paraíba, v. 20, p. e4687, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.007>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-46322020000100304&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 23 jun. 2020.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2013. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 20 jul. 2020.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. *et al.* Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 48-65, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

OTENIO, C. C. M. *et al.* Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 135-150, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

PALHARES GUIMARAES, E. M.; HAUEISEN MARTIN, S.; PAOLINELLI RABELO, F. C. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 25-33, agosto 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200004>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2020.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências – Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23245/1/933.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170372, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

REIS, M. R.; LUVISON, I. R.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 164-171, maio/ago. 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122015000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 22 jun. 2020.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2020.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 505-519, nov. 2011. DOI: 10.1590/S1981-77462011000300009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

Resenha

ELOGIO DE LA LENTITUD: UN MOVIMIENTO MUNDIAL DESAFÍA EL CULTO A LA VELOCIDAD

Paulo Peixoto de Albuquerque¹



Os tempos atuais são muito estranhos, não só pela pandemia ou pelo confinamento, mas principalmente pela desconfiança sobre aquilo que são nossas mais caras crenças: a normalidade de um modo de viver.

A leitura do livro ‘Elogio de la lentitud: Un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad’ (Elogio à lentidão: Um movimento mundial desafia o culto da velocidade), de Carl Honoré, não só é pertinente como fundamental para um Programa de Pós-Graduação de Ensino na Saúde, porque sinaliza que refletir sobre a vida e o cotidiano permite compreender que há uma lógica social a ser captada no contraponto da normalidade aceita: que a rapidez e a velocidade são valores a serem assumidos por todos.

É exatamente a partir de uma percepção não-habitual do que é normalidade que se apresenta o *insight* temático do autor; sua experiência pessoal atua como porta de entrada para pensar a lentidão como categoria/conceito chave de um movimento que transforma tudo.

¹ Bacharelado em Ciências Sociais, Mestrado em Sociologia da Sociedade Industrial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e doutorado em Sociologia pela Université Catholique de Louvain-la-Neuve. Professor associado da Faculdade de Educação (FACED) e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: albuquerque.paulo@gmail.com

Assumir a lentidão nas circunstâncias e no contexto atual faz com que nenhuma coisa seja uma consigo mesma, mas relacionada a modos de ser. Por isso, propõe outro modo de pensar o tempo sem ser em termos espaciais, como sendo necessário à transformação da vida que se apresenta estressante.

Seu texto aberto a partir de uma expressão de Gandhi – “Na vida há algo mais importante que incrementar sua velocidade” demonstra como o exercício analítico pode ser o elemento chave para compreender, na atualidade, como uma crença proposta pelo modo de produção capitalista, por ele chamado de “turbocapitalismo” mantém um tipo de vida que não concorre para que novos modos de atuar sejam estabelecidos nas relações sociais.

Assim, ao analisar os efeitos da lentidão no momento presente em que rapidez e velocidade se apresentam como valores a serem buscados - nas cidades, no trabalho, no lazer, na educação, na medicina – põe a nu toda a especificidade ambígua e tensional da cultura ocidental fundada no trinômio do consumo/obsolescência programada/crédito que evidenciam uma gramática: que tem na velocidade e na produtividade os valores e um modo de ser na sociedade.

Ao usar o retrospecto histórico como recurso heurístico dá conta que, em diferentes momentos, um modo de ser social pode, por seus excessos, apagamentos e silenciamentos ser fator de manipulação de histórias e memórias.

Dito de outra forma: trazer a temática da lentidão no terceiro milênio busca apontar que produtividade, velocidade, rapidez no produzir precisa ser considerado estranho.

Sua hipótese, que atravessa todo o texto, diz respeito ao potencial da lentidão como prática social para o enfrentamento da barbárie e dos retrocessos autoritários que nos valores sociais de produtividade e velocidade modelam o instável e incerto cenário proposto por um fazer social que privilegia apenas o econômico.

Seu texto desde o início diz que o tema da lentidão não é neutro tem implicações políticas e uma intencionalidade: escancarar que no movimento *slow* (lentidão) está em disputa um outro modo de cultivar, produzir, consumir. Ao identificar a pressa e no estresse como o mal maior de nosso tempo fica sinalizado que na cultura do *slow* (lentidão) está o comportamento necessário para viver o instante.

O texto nos mostra que o tempo e a sua passagem não é questão de reflexão só para filósofos, mas também para as pessoas comuns, pois na ideia de tempo concebida como sucessão de instantes está a noção de presente, passado e futuro e a maneira como os indivíduos organizam e realizam suas tarefas e experiências.

Por isso, viver o instante de outra maneira, significa romper com a lógica de uma cultura global, dominada pela impaciência que alimenta as cadeias produtivas.

Nesse sentido, o texto reitera em diferentes contextos e circunstâncias que aquilo que chamamos de presente, o ‘agora’, ou o tempo em que nossas experiências acontecem, corresponderá um modo de ser e viver que concretiza o futuro.

Convém destacar que a proposta das pessoas assumirem a administração do tempo não se dá de forma ingênua ou descolada da realidade, mas pela descaracterização da lógica binária (rapidez/produtividade) que ao organizar o cotidiano das pessoas não se evidenciam como mecanismos de controle de um modo de ser social e de modelagem da memória coletiva.

Importante ressaltar que por meio de experiências de lentidão se materializa, não só o um aprendizado social, mas as experiências políticas que, quando reconhecidas, são atualizadas e permitem compreender o que chamamos o ‘mal-estar da civilização’ presente.

Por isso, o autor não inventa argumentos, ele usa o tempo e as representações sociais sobre o tempo para nos dizer: se os modos de ser são fruto do que alguma vez percebemos ou sentimos, eles podem ser remodelados, alterados.

Destaco os capítulos 4 – As cidades: mescla do antigo e do novo; 6 – A medicina: os médicos e a paciência; 8 – O trabalho: os benefícios de um trabalho menos árduo e 10 – Os filhos: a educação de crianças tranquilas, como centrais por nos mostrar nestes temas que inatividade, inércia, a preguiça, enfim, todas essas acepções tidas como negativas nem sempre o são, ao contrário, lhe abre novas possibilidades de existir no futuro.

Se tomássemos o passado como um acontecimento acabado, um acontecimento que não mais tem a nos dizer sobre os fatos e ações do presente, teríamos uma narrativa única se projetando para um fim definido de antemão, sem perspectiva de um novo recomeço.

Por isso, o movimento *slow* para o autor não é só um exercício lógico intelectual de abstração do real, mas o recurso epistêmico para evidenciar que nas concepções de um modo de ser na sociedade de consumo e da produção rápida há sempre uma memória ou experiência política proposta que pode se caracterizar como contra hegemônica.

Ao reivindicar e assumir a lentidão como proposta o autor reitera que no viver mais devagar pode estar a estratégia ou a forma que na prática o cidadão poderá desafiar no século XXI uma prática social onde tudo é vivido de modo rápido.

Para tanto, o movimento *slow* aparece como proposta para pensarmos mais sobre como administramos o tempo e o que fazemos dele. Não se trata de fazer a apologia à lentidão ou de considerar que a produtividade no trabalho é algo negativo; nem significa recusar as tecnologias, os aspectos positivos da globalização e os avanços das ciências, mas apresentar a

lentidão como conceito-chave capaz de equilibrar tudo isso, alcançando, não só a sustentabilidade, mas um outro modo de viver.

Dizem que na comunicação escrita, as pistas do texto e a possibilidade de diálogo imediato é vetada devido à defasagem de tempo entre a produção e a recepção do texto. Entretanto, quando em função do confinamento e do distanciamento social proposto para dar conta da crise sanitária – coronavírus 2020 – a leitura como um ato individual e como uma prática social (LERNER, 2002) possibilita que leitor e texto/livro se encontrem para reelaborar o contexto textual e imediato quando do ato da leitura.

É através da experiência da lentidão que o indivíduo é levado a descobrir os mistérios do texto e da leitura, já que a mesma o ajuda a compreender e estabelecer relações entre as coisas do mundo tomando como base aquilo que ele já conhece.

O sentido da lentidão atualizado neste livro específico atua de modo a não esquecermos a fábula de Esopo: na corrida da lebre com a tartaruga: é a tartaruga que vence, por sua perspicácia, regularidade e valorização do tempo que nos tempos atuais nos escapa.

Boa leitura!

Referências

HONORÉ, C. **Elogio de la lentitud**: un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad. Barcelona: RBA, 2017.

LERNER, D. **Ler e escrever na escola**: o real, o possível e o necessário. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Boletim informativo

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE:
CARTOGRAFIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DA GESTÃO
MUNICIPAL**

**TEACHING-SERVICE INTEGRATION AND HEALTH WORK PROCESSES:
CARTOGRAPHY OF A RESIDENCY PROGRAM FROM THE PERSPECTIVE OF
MUNICIPAL MANAGEMENT**

**INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA Y PROCESOS DE TRABAJO DE
SALUD: CARTOGRAFÍA DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN MUNICIPAL**

Leonardo Rodrigues Piovesan¹

Cristine Maria Warmling²

Fabiana Schneider Pires³

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar a integração ensino-serviço e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência multiprofissional com ênfase em Atenção Básica no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Este estudo integrou o projeto de pesquisa ‘Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde’, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq 01/2016 (termo de concessão n° 42430/2016-3). Utilizou-se a cartografia como método para analisar a integração ensino-serviço-comunidade e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência com ênfase em Atenção Básica. Observou-se a potência deste modelo pelas vivências no cotidiano da Rede de Atenção em Saúde, que exigiu competência para enfrentar situações e não apenas o itinerário prescrito. Na interface com as políticas de saúde, a experiência de Sapucaia do Sul se mostrou inovadora

¹ Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Mestre em Ensino na Saúde pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: leonardo.r.piovesan@gmail.com

² Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição e do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: cristinewarmling@yahoo.com.br

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspres@gmail.com

pela gestão em colegiados facilitando a comunicação entre atores e pontos da rede. A integração ensino-serviço-comunidade tem privilegiado espaços de discussão e busca compartilhada de caminhos tanto para a prática em saúde quanto para a gestão de políticas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviço de Integração Docente-Assistencial. Administração em Saúde.

Abstract

The objective of the study was to analyze the teaching-service integration and health work processes of a multiprofessional residency program with an emphasis on Primary Care in the municipality of Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. This study was part of the research project 'Evaluation of Integrated Health Care and Teaching Networks in the Unified Health System', funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) – Call for Applications Universal Call MCTI/CNPq 01/2016 (term No. 42430 / 2016-3). Cartography was used as a method to analyze the teaching-service-community integration and the health work processes of a residency program with an emphasis on Primary Care. The power of this model was observed through the daily experiences of the Health Care Network, which required competence to face situations and not just the prescribed itinerary. In the interface with health policies, the experience of Sapucaia do Sul proved to be innovative due to the management in collegiate bodies, facilitating communication between actors and network points. The teaching-service-community integration has privileged spaces for discussion and shared search for paths both for health practice and for policy co-management.

Keywords: Primary Health Care. Teaching Care Integration Services. Health Administration.

Resumén

El objetivo del estudio fue analizar la integración del servicio de enseñanza y los procesos de trabajo de salud de un programa de residencia multiprofesional con énfasis en Atención Primaria en el municipio de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Este estudio formó parte del proyecto de investigación 'Evaluación de redes integradas de atención y enseñanza de la salud en el sistema unificado de salud', financiado por el Consejo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) – Convocatoria para solicitudes Universal Call MCTI/CNPq 01/2016 (plazo No 42430/2016-3). La cartografía se utilizó como un método para analizar la integración de la enseñanza-servicio-comunidad y los procesos de trabajo de salud de un programa de residencia con énfasis en Atención Primaria. El poder de este modelo se observó a través de las experiencias diarias de la Red de Atención Médica, que requería competencia para enfrentar situaciones y no solo el itinerario prescrito. En la interfaz con las políticas de salud, la experiencia de Sapucaia do Sul demostró ser innovadora debido a la gestión en los órganos colegiados, facilitando la comunicación entre los actores y los puntos de la red. La integración enseñanza-servicio-comunidad tiene espacios privilegiados para el debate y la búsqueda compartida de caminos tanto para la práctica de la salud como para la cogestión de políticas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios de Integración Docente Asistencial. Administración en Salud.

Link de acesso ao Boletim Informativo:

<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/105562/57904>

Boletim informativo

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE:
CARTOGRAFIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DA
INSTITUIÇÃO FORMADORA**

**TEACHING-SERVICE INTEGRATION AND HEALTH WORK PROCESSES:
CARTOGRAPHY OF A RESIDENCE PROGRAM FROM THE FORMER
INSTITUTION'S VIEWPOINT**

**INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE ENSEÑANZA Y PROCESOS DE TRABAJO DE
SALUD: CARTOGRAFÍA DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA DESDE EL PUNTO
DE VISTA DE LA ANTIGUA INSTITUCIÓN**

Leonardo Rodrigues Piovesan¹

Cristine Maria Warmling²

Fabiana Schneider Pires³

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar a integração ensino-serviço e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência multiprofissional com ênfase em Atenção Básica no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Este estudo integrou o projeto de pesquisa ‘Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde’, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq 01/2016 (termo de concessão nº 42430/2016-3). Utilizou-se a cartografia como método para analisar a integração ensino-serviço-comunidade e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência com ênfase em Atenção Básica. O envolvimento e responsabilização dos tutores permitem, além da qualificação dos processos de ensino e aprendizagem, incidir em aspectos mais profundos do cotidiano dos residentes. Criam-se afetos e acionam-se redes de cuidado. Contudo, por vezes a ação se

¹ Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Mestre em Ensino na Saúde pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: leonardo.r.piovesan@gmail.com

² Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição e do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: cristinewarmling@yahoo.com.br

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspires@gmail.com

restringe às demandas imediatas e burocráticas, diminuindo as possibilidades de uma ação na macropolítica dos processos de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviço de Integração Docente-Assistencial. Administração em Saúde.

Abstract

The objective of the study was to analyze the teaching-service integration and health work processes of a multiprofessional residency program with an emphasis on Primary Care in the municipality of Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. This study was part of the research project 'Evaluation of Integrated Health Care and Teaching Networks in the Unified Health System', funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) – Call for Applications Universal Call MCTI/CNPq 01/2016 (term no. 42430/2016-3). Cartography was used as a method to analyze the teaching-service-community integration and the health work processes of a residency program with an emphasis on Primary Care. The involvement and accountability of tutors allows, in addition to the qualification of teaching and learning processes, to focus on deeper aspects of the residents' daily lives. Affections are created and care networks are triggered. However, sometimes the action is restricted to the immediate and bureaucratic demands, reducing the possibilities of an action in the macro-politics of the teaching-learning processes.

Keywords: Primary Health Care. Teaching Care Integration Services. Health Administration.

Resumén

El objetivo del estudio fue analizar la integración del servicio de enseñanza y los procesos de trabajo de salud de un programa de residencia multiprofesional con énfasis en Atención Primaria en el municipio de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. Este estudio formó parte del proyecto de investigación 'Evaluación de redes integradas de atención y enseñanza de la salud en el sistema unificado de salud', financiado por el Consejo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) – Convocatoria para solicitudes Universal Call MCTI/CNPq 01/2016 (plazo no 42430/2016-3). La cartografía se utilizó como un método para analizar la integración de la enseñanza-servicio-comunidad y los procesos de trabajo de salud de un programa de residencia con énfasis en Atención Primaria. La participación y la responsabilidad de los tutores permiten, además de la calificación de los procesos de enseñanza y aprendizaje, centrarse en aspectos más profundos de la vida cotidiana de los residentes. Se crean afectos y se activan redes de atención. Sin embargo, a veces la acción se limita a las demandas inmediatas y burocráticas, reduciendo las posibilidades de una acción en la macropolítica de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios de Integración Docente Asistencial. Administración en Salud.

Link de acesso ao Boletim Informativo:

<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/105608/57905>

Link de acesso ao Boletim Informativo:

<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/105608/57905>

Link de acesso ao Boletim Informativo:

<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/105608/57905>