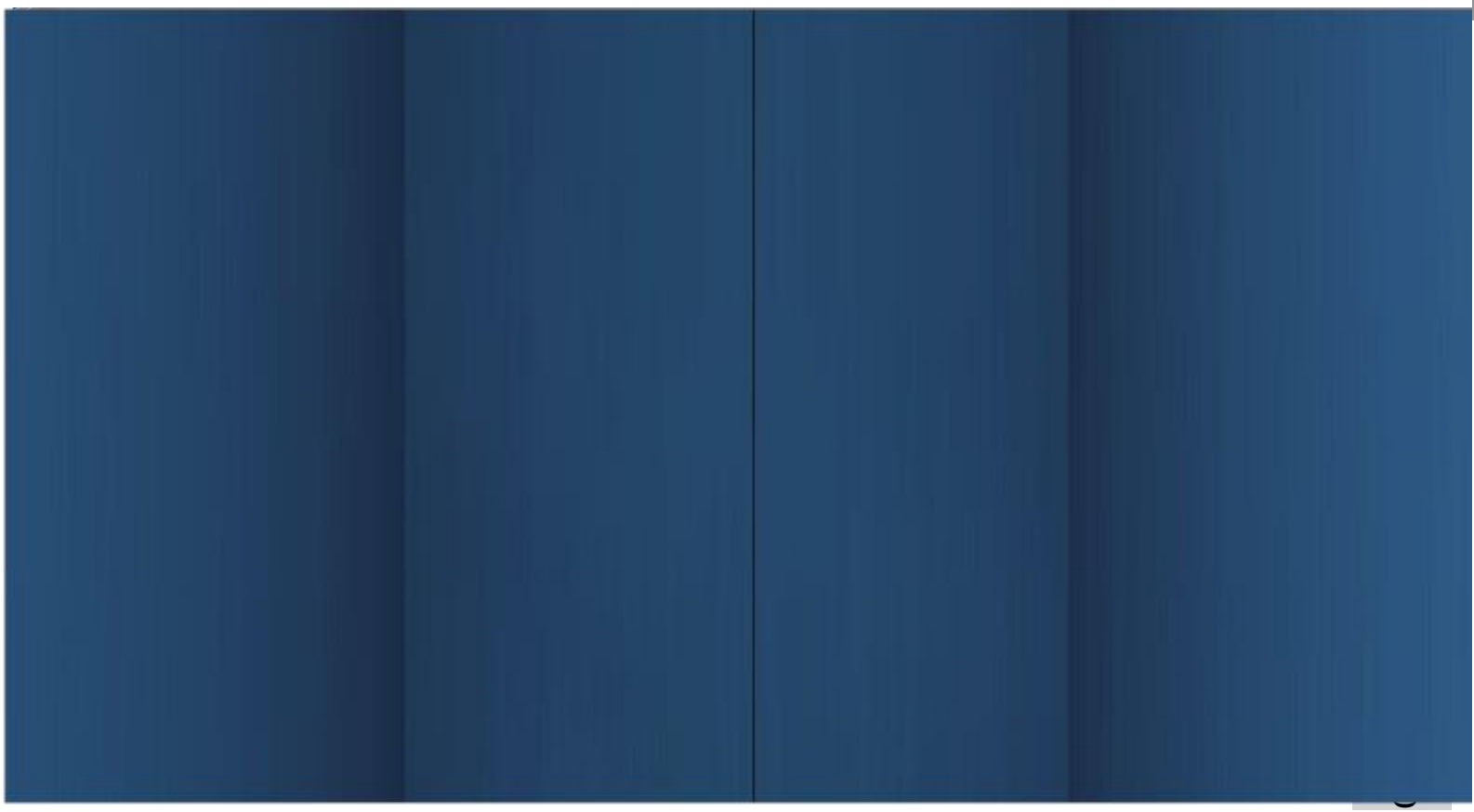
SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE
VOLUME 2, NÚMERO 2, AGOSTO 2018



NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, O PROBLEMA DO CONHECIMENTO

ISSN 0100000-31132

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

SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE, V. 2 | N. 2 | AGOSTO 2018

Saberes Plurais: Educação na Saúde

Revista eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Comitê Editorial Acadêmico:

Camila Giugliani
Carmen Lúcia Bezerra Machado
Cristine Maria Warmling
Danilo Blank
Daniele Noal Gai
Denise Bueno
Fabiana Schneider Pires
José Roberto Goldim
Luiz Fernando Calage Alvarenga
Marcelo Zubaran Goldani
Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Roger dos Santos Rosa
Rosane Paixão Schlatter

Comitê Editorial Executivo:

Fabiana Schneider Pires
Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Copyleft:
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

Ritmos, tempos e registros de produção do conhecimento.....1

Experiências docentes e discentes

Relato de um processo avaliativo do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional 5
Luciana Marques

Comunicação no processo de ensino em saúde: um relato de experiência.....14
Cassiela Roman, Juliana Ellwanger, Gabriela Curbeti Becker, Anderson Donelli da Silveira, Carmen Lucia Bezerra Machado e Waldomiro Carlos Manfroi

Reflexões sobre a pessoa e a profissão do professor na área da saúde.....25
Rita Mattiello, Barbara Freiberger Schaefer, Caren Ferreira do Nascimento, Cristina Sebastiao Matushita, Debora Montenegro Pasin, Eduardo Andre Gomes Krieger, Fernanda Braga Seganfredo, Fernanda Dallazen, Gislaine Verginia Baroni, Josiel Schilling Poeta, Karina Nique Franz, Leticia Manoel Debon, Licerio Vicente Padoin, Lilian Peres Righetto de Araujo, Luiza Tweedie Preto, Marcelo Cardoso Barros, Marcia Cristina Gonçalves de Oliveira Moraes, Mariele Cunha Ribeiro, Marina Azambuja Amaral, Nathassia Kadletz Aurich, Patricia Molz, Ricardo Chmelnitsky Wainberg e Ivan Antonello

Ensaios e debates

Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco.....34
Juliana Maciel de Souza Lamers e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

A saúde nas cidades: nova perspectiva, novos desafios para a formação profissional.....43
Maria Inês Reinert Azambuja, Roger dos Santos Rosa, Aloyzio Cechella Achutti, Alzira Maria Baptista Lewgoy, Bruno Luis de Oliveira Martins e Leonardo Thomaz Sauter

Nos conceitos de educação: repensando a formação dos profissionais do SUS.....61
Carmen Lucia Bezerra Machado e Paulo Peixoto de Albuquerque

Navegar com arte, saúde e educação: ventos que movem o projeto geringonça.....70
Daniele Noal Gai, Victória Jantsch Kroth e Andressa Girotto Camilotti

Pesquisas

Quedas em idosos e sua relação com uso de medicamentos e sedentarismo: visão de uma população na atenção primária.....82
Milton Humberto Schanes dos Santos, Emilio Hideyuki Moriguchi e Danilo Blank

Emergência lotada: percepções dos residentes sobre o trabalho multiprofissional.....110
Simone Medianeira Scremin e Luciana Fernandes Marques

Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar.....134
Tiago D'Oliveira Silva, Luciana Fernandes Marques

A tutoria nas residências em saúde: um novo contexto de atuação de educação na saúde……..…148
Malviluci Campos Pereira e Cristianne Maria Famer Rocha

Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise bibliométrica da produção do conhecimento ..164
Cristina Comiotto e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Resenhas

Pesquisa qualitativa entre opção metodológica e teoria epistemológica.....184
Cristine Maria Warmling

Editorial

RITMOS, TEMPOS E REGISTROS DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

A revista Saberes Plurais: Educação na Saúde lança seu segundo número. Convém salientar aspectos e da singularidade desta revista: (a) ela tem se apresentado intermitente, isto é, sua regularidade foge à regra das revistas que buscam desesperadamente a produtividade narcisa e incestuosa dos textos para dar conta das exigências protocolares das agências de monitoramento e controle; (b) trata-se de uma revista que, como diz Nuccio Ordine em seu livro 'A utilidade do inútil', busca materializar toda experiência e o prazer de escrever de docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) e (c) busca refletir, mesmo em tempos de crise, que não é só o útil que tem finalidade prática. Existem saberes que não se materializam ou são conhecidos porque têm ritmos, tempos e registros que nem sempre a academia consegue capturar.

Assim, se pensamos sobre o ato de escrever, é importante ter presente que aquele que escreve tem dificuldades e sempre tem. Por quê? Porque quer escrever não sobre um em geral qualquer, mas sobre uma dada realidade: a sua. Há no ato de escrever uma espécie de desejo e de experiência da possibilidade que se materializa no texto. Querer escrever significa querer tornar a vida possível. Escrever na academia, seja nos primeiros semestres de um curso de pós-graduação ou após a apresentação do trabalho final, passa a ser a experiência mais insensata e estranha, porque não habitual.

Os textos que se seguem foram realizados e construídos pelos docentes e discentes, não só do PPGENSAU, mas por aqueles que têm interesse e têm por fazer o ensino na saúde.

Acreditamos também ser a objetivação de uma potência; a escritura é o modelo ou a imagem da possibilidade: do aprendiz que aprende ao escrever ou do articulista que já sabe escrever, que é senhor de sua potência. No querer escrever, aquele que pensa suas 'intencionalidades ou intensidades' tem na mudança do pensamento (abstrato) para o texto (material), uma mudança que, no curso da escrita, coloca em questão uma vocação: que no ser docente existe também um escritor.

Escrever, então, passa a ser uma verdadeira experiência política do tempo (estar pensando o agora), e mesmo histórica (nosso tempo vivido), real, humana.

Os textos que vocês lerão a seguir não são resultados de um ordenamento cronológico (sucessão de momentos), mas é viver o tempo sempre tendo presente que ele finda, isto é, o tempo termina, um texto também.

O texto que abre este número, **RELATO DE UM PROCESSO AVALIATIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL**, de Luciana Fernandes Marques, nos diz que sempre é uma aventura o início de um novo trabalho, e este não poderia ser diferente. Refletir sobre o Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional configura-se, assim, na possibilidade de que é no compartilhamento de conhecimento entre educador e educando que se dá a aprendizagem efetiva. Quando este processo é contínuo e não se reduz a simplesmente definir pela aprovação ou pela reprovação, ela (avaliação) ganha magnitude ao se apresentar como diagnóstico de um processo de aprendizagem vivido.

Na seção 'Experiências docentes e discentes', o texto coletivo **COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** trata de refletir sobre uma aula sobre comunicação em saúde ministrada em uma disciplina de um programa de pós-graduação, no sul do Brasil. O diferencial deste texto é o fato dele não reduzir um processo de ensino-aprendizado às suas questões operativas, mas de apontar nas metodologias ativas e dialogadas um modo do atuar docente que, tem na comunicação, a sua ênfase.

Na mesma linha, o texto **REFLEXÕES SOBRE A PESSOA E A PROFISSÃO DO PROFESSOR NA ÁREA DA SAÚDE** dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), procura refletir sobre a docência; não qualquer tipo de docência, mas sobre o modo de atuar na área da saúde. Nele se destaca que a construção da docência não pode ficar subsumida no uso abusivo de uma terminologia técnica que elude e disfarça os problemas reais do ofício de ensinar.

Na seção 'Ensaios e debates', o texto **PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM FOCO**, de Juliana Maciel de Souza Lamers e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, discute perspectivas para a formação dos profissionais da saúde, a partir do conceito e princípios de educação interprofissional em saúde e seu lugar no Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto seguinte, organizado de modo coletivo, **A SAÚDE NAS CIDADES: NOVA PERSPECTIVA, NOVOS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**, tem como estratégia heurística o retrospecto histórico e nele situa os desafios da formação profissional daqueles que estão comprometidos com a promoção da saúde**.**

Na continuidade, o texto **NOS CONCEITOS DE EDUCAÇÃO: REPENSANDO A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO** SUS, de Carmen Lucia Bezerra Machado e Paulo Peixoto de Albuquerque, trata de pensar sobre as práticas educativas desenvolvidas no Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde – Mestrado profissional; sinaliza um aspecto de que enquanto

docentes somos responsáveis por favorecer uma teoria pedagógica que seja distante da docência como abstração da realidade, sem nenhuma vigência ou aplicação concreta.

Por sua vez, o texto **NAVEGAR COM ARTE, SAÚDE E EDUCAÇÃO: VENTOS QUE MOVEM O PROJETO GERINGONÇA**, de Daniele Noal Gai, Victória Jantsch Kroth e Andressa Girotto Camilotti, nos permite um outro olhar/pensar uma educação longe dos manuais tradicionais e/ou ortopédicos da saúde. Nos convida a fazer outros percursos lógicos e aponta que nos saberes recuperados dos coletivos há produção de conhecimentos em educação que devolvem a pedagogia a validez/seriedade que requer os desafios educativos que estamos enfrentando.

A seção 'Pesquisas', abre com um tema de atualidade: o lugar do idoso e seus desdobramentos quando se pensa saúde e qualidade de vida. O texto **QUEDAS EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM USO DE MEDICAMENTOS E SEDENTARISMO: VISÃO DE UMA POPULAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, de Milton Humberto Schanes dos Santos, Emilio Hideyuki Moriguchi e Danilo Blank, não pretende mostrar a resposta, a saída, a solução e tudo mais que envolve o cuidado do idoso. O texto, aborda aquilo que nos interessa, que é a possibilidade de fazer frente às nossas aflições no que diz respeito às relações que estabelecemos com os idosos e sua saúde.

Os textos que se seguem têm por intenção mostrar como se dá o processo de 'fabricação' dos sujeitos profissionais na saúde, isto é, como na compreensão da subjetivação de um modo de atuar pode estar a possibilidade para se reconverter uma práxis que requer o cuidado de si e daquela que pretende ser assumida como propósito na saúde.

O texto de Simone Medianeira Scremin e Luciana Fernandes Marques, **EMERGÊNCIA LOTADA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL**, faz um movimento problematizador interessante. Argumentam que é a partir da compreensão das estratégias educativas e psicoeducativas de um serviço de emergência e de sua discursividade que se poderá pensar outras formas de atuar coletiva e interprofissional.

Na mesma lógica, Tiago D'Oliveira Silva e Luciana Fernandes Marques trabalham **PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR** para a proposição de estratégias educativas e psicoeducativas. Os autores conversam com os discursos sobre a religiosidade e/ou emergência de uma espiritualidade pós-moderna no contexto hospitalar e discutem que tal processo concorre para a humanização e a integralidade do cuidado e, que na percepção dos profissionais da saúde se evidencia uma forma na qual se combinam aspectos heterogêneos.

O recorte da pesquisa **A TUTORIA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM NOVO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**, de Malviluci Campos Pereira e

Cristianne Maria Famer Rocha, traz para discussão o tema da formação de trabalhadores em serviço e a mediação profissional-estudante, nos dizendo que é um engano supervalorizar os recursos tecnoeducacionais se docentes e discentes transitam em uma práxis educativa amparada por um modelo educacional que não corresponde à proposta pedagógica comprometida com o trabalho coletivo. Para as autoras, a tutoria se apresenta como a possibilidade de rupturas epistemológicas e paradigmáticas e a concretização de uma desejada inovação pedagógica quando se pensa a educação na saúde.

Com outra abordagem teórica, a pesquisa **SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO**, de Cristina Comiotto e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, busca pelo caminho da bibliometria, a análise de um dos principais cenários de prática para o ensino/educação na saúde no contexto da Atenção Primária, que é a Estratégia Saúde da Família (ESF), focando na saúde bucal. As autoras recomendam que a temática 'saúde bucal na ESF' faça parte da agenda dos pesquisadores da saúde coletiva e dos gestores públicos buscando a qualificação da atenção à saúde da população brasileira.

Fechando a edição, para quem deseja compreender o processo de pesquisa e a pesquisa como ferramenta de construção do conhecimento, na seção 'Resenhas', Cristine Maria Warmling propõe a leitura de um livro que se apresenta como necessário, principalmente, para aqueles que querem compartilhar suas experiências, saberes e sentimentos de Ensino na Saúde por meio da pesquisa.

Em outras palavras, a revista que agora você tem em frente traduz o aprender a colocar nosso pensar num texto. A materialização deste número diz muito daqueles que escrevem. E, para quem educa e para quem apreende, o fim de um texto de uma revista não se encerra no ponto final; o fim finda tantas vezes...abre tantas pistas, permite *insights*, permite outros apreenderes. Esperamos que neste número o leitor perceba que os conceitos que circulam não são do tipo burocrático; eles traduzem uma ética, uma política na realidade.

Fabiana Schneider Pires
Paulo P. Albuquerque
Ramona F. C. Toassi

Experiências docentes e discentes

RELATO DE UM PROCESSO AVALIATIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

REPORT OF AN ASSESSMENT PROCEDURE OF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

RELATO DE UN PROCESO EVALUATIVO DEL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

Luciana Fernandes Marques[1]

Resumo
Tendo em vista as especificidades do mestrado profissional (MP), é de suma importância que ocorram avaliações envolvendo alunos, professores, agências e demais atores envolvidos. A avaliação das práticas e processos educativos é fundamental, pois permite formular juízos e tomar decisões fundamentadas. Este escrito tem como objetivo apresentar a avaliação da segunda turma sobre o Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ocorrida no último mês de aula. Os alunos foram convidados a responder a duas questões em uma conversa grupal no aplicativo WhatsApp em que os 20 alunos foram incluídos e puderam ler, trocar impressões e complementar as respostas uns dos outros. A primeira pergunta foi: Quais foram até agora as principais contribuições do mestrado profissional na sua formação? A segunda questão formulada ao grupo foi: O que você espera ainda alcançar, em termos de aprendizados e experiências, até a conclusão do MP? A natureza dessa avaliação foi informal e aberta ao debate livre e construção conjunta. Neste artigo são apresentados os pontos altos e baixos levantados pela turma e sugestões de melhorias, bem como a reflexão da importância dessa formação para suas vidas e trabalho.
Palavras-chave: avaliação educacional; educação de pós-graduação; Sistema Único de Saúde.

Abstract
Considering the specifications of the professional master's degree, it is very important that there are assessments involving students, teachers, agencies and other actors involved. The assessment of educational practices and processes is fundamental, since it allows to formulate judgments and to make informed decisions. This paper aims to present the assessment of the second group of the Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional at Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), which took place at the end of the course. Students were invited to answer two questions in a WhatsApp group conversation in which the 20 students were included and could read, exchange impressions, and complement the colleagues' responses. The first question was: What were the main contributions of the professional master's degree course in their training? The second question to the group was: What do you hope to achieve in terms of learning and experience until the conclusion of the professional master's degree? The nature of this assessment was informal and open to free debate and joint construction. This article presents the high and low points raised by the class

[1] Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

and suggestions for improvements, as well as the reflection of the importance of this training for their life and work.
Keywords: educational measurement; education, graduate; Unified Health System.

Resumen
Teniendo en cuenta las características específicas de la Maestría Profesional es de suma importancia para evaluar el curso involucrar a los estudiantes, maestros, agencias y otras partes interesadas. La evaluación de los procesos educativos es fundamental, ya que permite formular juicios y tomar decisiones informadas. Este documento tiene por objeto presentar la evaluación que fue escrita por la segunda clase del Maestría Profesional de Enseñanza en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) y que se produjo en el último mes de clases. Se pidió a los estudiantes para responder a dos preguntas en una discusión de grupo en WhatsApp en el que se incluyeron y fueron capaces de leer, intercambiar y complementar las respuestas de los otros 20 estudiantes. Primero fue la pregunta: ¿Cuáles son hasta ahora las principales contribuciones del Maestría Profesional en tu formación? La segunda pregunta planteada al grupo fue: ¿Qué espera lograr incluso en términos de aprendizaje y experiencias, hasta la finalización de MP? La naturaleza de esta evaluación fue informal y abierta al debate libre y la construcción conjunta. Este artículo presenta los puntos altos y bajos planteadas por el grupo y propuestas de mejoras, así como el reflejo de la importancia de esta formación para su vida y profesión.
Palabras clave: evaluación educacional; educación de pósgrado; Sistema Único de Salud.

Introdução

O mestrado profissional (MP) em ensino na saúde é fruto de interesse e compromisso do governo brasileiro com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Especialmente voltado para profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde e possuindo um caráter multiprofissional na proposta, visa transformar e qualificar as práticas profissionais do SUS (BRASIL, 2010). Assim surgiu o Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/UFRGS) que, em abril de 2017, formou sua segunda turma.

Assim como Vilela e Batista (2015), reconhecemos a complexidade que envolve a identidade do MP, como ainda um campo repleto de interrogações, em função de suas especificidades que o distanciam do mestrado acadêmico, que é uma prática mais antiga e arraigada no fazer profissional docente universitário. Essas dúvidas e inquietações com os propósitos do MP ainda estão presentes, mesmo após 48 anos da sua proposição, reconhecimento e regulamentação no Brasil (BRASIL, 1965) a partir da iniciativa de Newton Sucupira. Já se previa, nesses primórdios, uma formação mais voltada para a qualificação de profissionais para o mercado de trabalho através de práticas avançadas e transformadoras, de procedimentos e processos aplicados bem como da incorporação do método científico visando à resolução de problemas específicos.

Tendo em vista essas especificidades, é de suma importância que ocorram avaliações dentro de uma ampla perspectiva ao longo do processo cotidiano de tal tipo de formação, envolvendo alunos, professores, agências e demais atores envolvidos. Este escrito tem como objetivo apresentar a avaliação da segunda turma sobre o PPGENSAU/UFRGS, ocorrida no último mês de aula.

Relato do processo avaliativo do mestrado profissional

A avaliação das práticas e processos educativos é fundamental, pois permite formular juízos e tomar decisões fundamentadas, tendo em vista a sua melhoria (FERNANDES, 2013). No caso do MP, significa não somente avaliar no sentido estrito dos conhecimentos adquiridos pelos alunos ou da transformação das suas práticas no serviço, pois isso será melhor avaliado após a finalização do mestrado e depois de um tempo de assimilação e maturação dos saberes adquiridos. Avaliar significa também acompanhar e analisar sistematicamente o trabalho grupal docente, o currículo, os procedimentos adotados, etc. Nesse sentido, o acompanhamento de egressos do MP, que tem sido realizado, pode melhor responder sobre o alcance das práticas educativas ali desenvolvidas. Mas há um outro tipo de avaliação que ocorre através da escuta criteriosa das percepções dos alunos, de como se sentem ao final desse processo e como avaliam seus ganhos, bem como insatisfações com metas não alcançadas. A partir dessa escuta empática pode-se abrir um espaço de exploração do sensível, das percepções e sentimentos e complementar as avaliações mais duras, por assim dizer. Assim foi com esta segunda turma.

Muitos são os momentos em que as avaliações informais acontecem ao longo de um curso como o MP. Durante as aulas, nos intervalos, nos espaços de orientação do trabalho de conclusão, nas reuniões da comissão coordenadora com representes discentes, nas conversas com a secretaria – que, por meio de procedimentos rotineiros, também possuem uma percepção do processo em marcha. Mas poucos são os espaços formais em que o processo avaliativo efetivamente será encaminhado para mudanças palpáveis e a práticas transformadas. O tema da avaliação geralmente surge como avaliação do aluno em uma dada disciplina, ou avaliação da disciplina ao final da mesma por todo o grupo. Mas a avaliação do processo e da vivência do MP, mesmo que ele esteja em curso e não finalizado, não parece ser uma prática consolidada.

Até o final desta segunda turma, o programa possuía duas disciplinas obrigatórias que são o Atelier de Pesquisa-Intervenção I e o II. Ambas visam dar suporte à confecção do projeto, trabalho de conclusão do curso e produto final e têm um formato bastante aberto, voltado às necessidades específicas de cada grupo. Para que a disciplina seja efetiva em auxiliar no desenvolvimento do projeto e do trabalho final, precisa interagir e ouvir os alunos. Foi assim que aconteceu a atividade a seguir relatada. O objetivo da mesma era realizar um momento de parada para a reflexão de todo o processo da vivência deles no MP, já que estavam no último semestre, na disciplina de Atelier II.

Os mestrandos foram convidados a responder a duas questões. Essa atividade da disciplina não teve o objetivo de realizar uma pesquisa ou coleta de dados, mas sim acompanhar o grupo, observar suas necessidades e fomentar um espaço de troca e de discussão. Igualmente visava munir

a professora de conhecimento da turma e suas demandas para poder propor os temas e metodologias de trabalho ao longo da disciplina. O ambiente escolhido por todos, para a realização dessa atividade, foi uma conversa grupal no aplicativo WhatsApp em que os 20 alunos foram incluídos e puderam ler, trocar impressões e complementar as respostas uns dos outros. Essa atividade no WhatsApp foi tanto uma busca de recursos para a professora, como um processo de ensino-aprendizagem de todos para todos, usando uma ferramenta de comunicação a distância e em tempo real.

Conforme a Portaria 4.059 do MEC de 2004 (BRASIL, 2004), as instituições de ensino superior podem introduzir na organização pedagógica e curricular de seus cursos, a oferta de disciplinas integrantes do currículo que utilizem modalidade semipresencial, com base no art. 81 da Lei n. 9.394, de 1.996, e no disposto nesta portaria. Isso significa que há a possibilidade de oferta de atividades à distância desde que essa não ultrapasse 20% (vinte por cento) da carga horária total da disciplina (ou do curso como um todo, se os professores se organizarem para tanto).

A criação desses espaços de diálogo na disciplina, tanto presenciais quanto virtuais, reconhece os saberes presentes no grupo e estabelece uma horizontalidade de papéis entendida como um espaço onde todos ensinam e todos aprendem (RIGO; MARQUES, 2015). O meio virtual parece ótimo para esse fim. As respostas dos alunos foram editadas e reunidas numa síntese sem referência a autoria ou frequência dos tópicos. O grupo leu e autorizou que uma síntese da fala grupal fosse encaminhada à Comissão de Pós-graduação (COMPÓS). Essa síntese foi lida numa reunião da COMPÓS e tópicos foram discutidos, aprofundados e registrados, sendo que alguns encaminhamentos surgiram. A turma também sugeriu uma publicação em forma de artigo de forma a compartilhar suas percepções com o público interessado nos temas, que é o que este escrito visa atender.

Sobre as contribuições do mestrado profissional na formação

A primeira pergunta enviada à turma foi: Quais foram até agora as principais contribuições do mestrado profissional na sua formação? Conforme os relatos da percepção da turma, o MP contribuiu na formação ao estimular a reflexão sobre o papel que cada um exerce no seu trabalho e o modo de pensar e agir com suas equipes e a relação com a instituição a que pertencem, bem como na compreensão dos processos de trabalho. De modo geral, o MP auxilia no ensino/educação na saúde no serviço em que estão inseridos.

Mas além da formação profissional, há uma contribuição para a vida a que vários referem gratidão e encantamento com a experiência. Assim como no estudo de Araújo e Amaral (2006), o grupo enfatiza que uma das principais contribuições foi a convivência e trocas de experiências com colegas provenientes de múltiplas áreas da saúde e educação em que é possível conhecer novos

contextos/cenários de trabalho diferentes do seu. Nesse sentido, o MP tem proporcionado uma aproximação e descobertas junto a outros colegas da rede bem como um estreitamento nas relações com a universidade.

Nesse espaço puderam articular conhecimentos entre diferentes áreas do saber, enriquecido pelos olhares da prática de cada colega e pelo carinho e cuidado com que trouxeram suas experiências. Maciel e Nogueira (2012) pesquisaram as percepções de alunos de MPs e também encontraram o relato de que o MP produziu resultados tangíveis no desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, mudanças de atitude e de postura, bem como na melhoria no exercício profissional.

Temas destacados por nossa turma, foram: trabalho interdisciplinar, educação permanente em saúde, tópicos específicos da educação como as diretrizes curriculares na formação, quais caminhos trilhar para desencadear processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), quais ferramentas utilizar, identificar organização do trabalho em diferentes cenários de atuação e repensar práticas do cotidiano.

Igualmente consideram que as leituras e contato com os professores qualificaram as aulas. O MP possibilita um outro olhar sobre as práticas. Práticas referidas como boas no MP são: criação de espaços de debate com a ponderação acadêmica-científica dos professores que ajuda no aprofundamento das questões; produção textual coletiva; sugestões de textos/referenciais teóricos complementares; uso de dinâmicas e vivências em aula explorando questões pessoais, emocionais e mais humanas em geral. Apontaram que as aulas têm o poder de despertar questões e motivar, encorajando e estimulando a perseverança para modificar aspectos que não concordam no processo de trabalho. Também oferecem a possibilidade de repensar o cotidiano profissional, olhando com mais crítica e embasamento científico os assuntos do cotidiano de trabalho, principalmente no que se refere às práticas educativas, pois alguns serviços de onde os alunos provêm possuem ações realizadas na perspectiva tradicional em um modelo sem muita troca de experiências e ainda da transmissão de conhecimentos. Dessa forma, o MP proporciona pensar e propor metodologias ativas, com grupos pequenos e pensando na realidade local, onde é valorizada a vivência dos profissionais e suas contribuições.

Uma única crítica neste tópico foi sobre a presença, em certos momentos, de discussões repetitivas. Essa crítica pareceu revelar um pouco do cansaço, pois todos os alunos da turma são profissionais da saúde ou da educação em saúde que trabalham toda a semana e muitos se deslocam de cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul para Porto Alegre, onde acontecem as aulas. Elas ocorrem às sextas-feiras à tarde e noite e sábado de manhã. Muitos desses profissionais possuem envolvimentos familiares e domésticos que também ocupam seu tempo e energia. Dessa forma, é possível que em alguns momentos caísse a produtividade da turma em discussões e elas se tornassem

monótonas, típicas da experiência do tempo que não passa. Na disciplina de Atelier II, foram inseridos intervalos e trocas de atividades e de tema a cada uma hora e meia, justamente prevendo esse desgaste.

Expectativas para o último semestre

A segunda questão formulada ao grupo foi: O que você espera ainda alcançar, em termos de aprendizados e experiências, até a conclusão do MP? Neste momento, uma preocupação é com o aperfeiçoamento do trabalho final para que ele cumpra o seu papel de acrescentar conhecimento e reflexão no serviço de saúde contendo um produto final interessante. Cabe aqui lembrar a centralidade do produto final para o mestrado profissional já que a dissertação deveria ter como característica iniciar com base em um fato ou ação inquietante, em um problema concreto, e não em uma questão teórica, caminho que seria apropriado aos mestrados acadêmicos (QUARESMA; MACHADO, 2015).

Também indicam que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é uma oportunidade de dar visibilidade aos profissionais do interior do estado que acabam ficando um pouco esquecidos ou menos valorizados por exercerem a prática no SUS longe dos grandes centros e com menos recursos. Há mestrandos que projetam para o futuro alguma aproximação com o ambiente acadêmico e sugerem que alunos de graduação dos cursos de saúde possam assistir suas defesas de TCC.

Outra sugestão é a de que o PPGENSAU possa se aproximar mais do serviço e da gestão, visitando ou tendo alguma forma de contato; isso certamente reverteria em maior valorização do profissional/mestrando bem como do seu TCC. Também percebem que há um potencial pouco explorado dos orientadores que poderiam estar mais próximos do campo de trabalho de seus orientandos. O grupo tem consciência dos seus potenciais e da força que podem ter enquanto um coletivo ativo.

Eles consideraram também que a disciplina de Ateliê II pudesse passar para o primeiro ano para poder antecipar questões relativas ao desenvolvimento da dissertação. E também gostariam que o contexto da educação no ensino na saúde, principalmente a metodologia de ensino, fosse mais aprofundado para que os alunos pudessem se instrumentalizar melhor. Também sentiram falta de ter discutido mais sobre metodologias de aprendizagem, principalmente com a utilização de ferramentas de tecnologia para apoio, matriciamento e trocas de experiência, pois em tempos onde os recursos financeiros são escassos e as possibilidades tecnológicas são muitas, acham que é uma boa temática para ser explorada em aula.

A avaliação da experiência do MP é positiva para a maioria, embora percebam que pontos podem ser melhorados, como o currículo do curso e uma maior proximidade com o professor orientador. Também percebem potenciais ainda não explorados como a integração do MP com a

graduação e a proximidade do MP com o serviço, seja como campo de estudos e extensão, seja como uma integração de forma a perceber melhor o ambiente de onde provêm os alunos. Por todos esses pontos relevantes ressaltados, pode-se perceber que o MP instrumentalizou a turma para uma visão crítica e apropriada do processo em que se encontram.

Discussão

A natureza dessa avaliação foi informal e aberta ao debate livre e construção conjunta. Ao se manifestar, os alunos não eram anônimos e puderam concordar ou não com as avaliações realizadas pelos colegas, complementando-as. Assim, como afirma Fernandes (2013), é crescente a complexidade dos problemas da educação e da formação, e isso exige práticas de avaliação que descrevam, analisem e interpretem de forma mais acurada e com maior profundidade, credibilidade, utilidade e rigor, os objetos e fenômenos que nos preocupam, quaisquer que sejam. Mas por melhor e mais rigoroso que seja o método ou a técnica avaliativa, não se pode perder de vista o movimento que está em curso e isso diz respeito aos indivíduos e a como eles estão vivendo aquele momento presente, ao grupo e suas característica, às experiências de grupo no curso, e etc. Esse amplo olhar e a escuta, bem como o estímulo à criação de um ambiente aberto e não julgador às manifestações individuais, parecem ter facilitado que o grupo se manifestasse criticamente, tanto apontando questões a ser melhoradas quando àquelas que já parecem ótimas.

De forma sintética, como pontos altos do curso na sua formação, foram apontados: estímulo à reflexão sobre o papel que cada um exerce no seu trabalho; contribuição para a vida de cada um como um todo em várias esferas profissionais e pessoais; convivência e troca de experiências com colegas provenientes de múltiplas áreas da saúde e educação; estreitar as relações com a universidade; sugestões de leituras a partir do contato com os professores e discussão grupal sobre as mesmas; aulas com poder de despertar questões, motivar e encorajar; proporciona pensar e propor metodologias mais ativas; valorização dos profissionais do interior do estado.

Pontos que podem ser mais e melhor explorados: em certos momentos, evitar a presença de discussões repetitivas; dar mais ênfase ao produto final ao longo do curso; maior integração com cursos de graduação na área de saúde na mesma universidade; maior aproximação do PPGENSAU do serviço e da gestão, seja por visitas, correspondências ou desenvolvimento de projetos conjuntos; mais discussões sobre metodologias de aprendizagem, principalmente com a utilização de ferramentas de tecnologia para apoio.

A partir de toda a avaliação efetuada, conclui-se que há uma clara noção de que o mestrado não é destinado apenas ao ganho de informação e conhecimento. Assim como Hortale et al. (2015), podemos afirmar que o enfoque da educação permanente, aqui representado pelo MP, representa uma

mudança na concepção e nas práticas de formação desses profissionais de saúde que vai além do conteudismo ou instrucionismo. A formação parte de uma relação dinâmica entre teoria e prática e reconhece a articulação entre os saberes provindos do mundo do trabalho, da atenção ao cuidado, da gestão e da vigilância à saúde e das instituições formadoras, integrando todo esse conhecimento. Pelo esforço demandado a esses alunos que acumulavam jornadas duplas ou triplas de trabalho, muitas vezes se deslocando do interior do estado para Porto Alegre, percebe-se a valorização do processo vivido e a disposição de transformação de si e de suas práticas, tornando a passada pelo MP um momento vital de extrema importância e significado. Talvez esse também tenha sido um perfil buscado nas provas de seleção, ao se ter um propósito de não transformar o MP num curso instrucionista em que o foco seria a transmissão de informação. Os processos formativos ali empreendidos estão amparados pela busca da excelência técnica e da relevância social dos produtos no SUS. E avaliações como esta visam justamente retroalimentar o processo, para que o Mestrado Profissional Ensino na Saúde se consolide a longo prazo.

Referências

ARAÚJO, M. S. T.; AMARAL, L. H. Impactos do mestrado profissional em ensino de ciências e matemática da Unicsul sobre a atividade docente de seus estudantes: do processo de reflexão às transformações na prática pedagógica. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 3, n. 5, p. 150-166, 2006.

BRASIL. **Parecer nº 977/65, C.E.Su, aprovado em 03 de dezembro de 1965**. Definição dos cursos de pós-graduação. 1965. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Parecer_CESU_977_1965.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria no 4.059, de 10 de dezembro de 2004. Considera o disposto no art. 81 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e no art. 1o do Decreto no 2.494, de 10 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FERNANDES, D. Avaliação em Educação: uma discussão de algumas questões críticas e desafios a enfrentar nos próximos anos. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 78, p. 11-34, 2013.

HORTALE, V. A. et al. Construção teórico-metodológica e aprendizados com a experiência no mestrado profissional em saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 11-23, 2015.

MACIEL, R. G. A.; NOGUEIRA, H. G. P. Mestrado profissional: desenvolvimento pessoal e profissional. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 9, n. 17, p. 461-487, 2012.

QUARESMA, A. G.; MACHADO, L. R. S. Questões pedagógicas do mestrado profissional: uma aproximação ao tema a partir de análises bibliográficas. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 11, n. 24, p. 461-481, 2015.

RIGO, R. M.; MARQUES, L. F. Ação de extensão a distância: espiritualidade e formação de professores. In: XIV FÓRUM FAPA Conhecimento: caminho para ir além, 7., 2015, Porto Alegre. **Anais...**Porto Alegre, 2015. p. 335-347. Disponível em: <http://www9.fapa.com.br/forumanais/?page_id=367>. Acesso em: 20 jul. 2018.

VILELA, R. B.; BATISTA, N. A. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 12, n. 28, p. 307-331, 2015.

Experiências docentes e discentes

COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

COMMUNICATION IN THE TEACHING HEALTH PROCESS: AN EXPERIENCE REPORT

COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA EN SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Cassiela Roman[1]

Juliana Ellwanger[1]

Gabriela Curbeti Becker[1]

Anderson Donelli da Silveira[2]

Carmen Lucia Bezerra Machado[3]

Waldomiro Carlos Manfroi[3]

Resumo

Este artigo trata de relato de experiência de uma aula sobre comunicação em saúde ministrada em uma disciplina de um programa de pós-graduação, no sul do Brasil. A aula, com duração de aproximadamente duas horas, ocorreu no mês de novembro de 2016. Os alunos são profissionais de diferentes áreas da saúde e participam de programas de mestrado e doutorado. A escolha do tema da aula se deu a partir da percepção quanto à necessidade de se enfrentar linguagens verbais e não verbais para produção do sentido da comunicação, no contexto de prática assistencial e docente. Para tanto, foram realizadas atividades coletivas, utilizando metodologias ativas e dialogadas que possibilitaram a participação de docentes e discentes no processo de aprendizagem. A aula foi composta por uma introdução inicial, três dinâmicas abordando elementos verbais e não verbais da comunicação, discussão sobre as atividades e um vídeo para o fechamento do processo. No presente relato estão descritos os aspectos detalhados do roteiro de aula, bem como o conteúdo gerado pelas discussões sobre o tema.

Palavras-chave: comunicação; saúde; ensino.

Abstract

This paper is an experience report of a health communication class performed in a discipline of a postgraduate program in South Brazil. The class had two hours of duration and took place in November 2016. The class participants were health professionals from different areas and master's or doctor's students. The subject choice

[1] Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: cassielar@hotmail.com; juellwanger@gmail.com; gabriela.bckr@gmail.com

[2] Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: dededonelli@gmail.com

[3] Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: clbmachado@gmail.com; wmanfroi@hcpa.edu.br

of the lesson was obtained from the perception of the verbal and nonverbal languages to produce sense in health and teaching communication. Collective activities using active and dialogued methodologies of teaching were carried out, that enabled the participation of teachers and students in learning process. The class was consisted of an initial introduction, three dynamics addressing verbal and nonverbal communication, discussion of the activities and a final video for closing the process. In the present report are described the details of class script and the content generated by discussion about the theme.
Keywords: communication; health; teaching.

Resumen
Este artículo trata de un relato de experiencia de una clase sobre comunicación en salud impartida en una disciplina de un programa de postgrado, en el sur de Brasil. La clase, con una duración aproximada de dos horas, ocurrió en el mes de noviembre de 2016. Los estudiantes son profesionales de diferentes áreas de la salud y participan en programas de maestría y doctorado. La elección del tema de la clase se dio a partir de la percepción en cuanto a la necesidad de afrontar lenguajes verbales y no verbales para la producción del sentido de la comunicación, en el contexto de práctica asistencial y docente. Para ello, se realizaron actividades colectivas, utilizando metodologías activas y dialogadas que posibilitar la participación de docentes y discentes en el proceso de aprendizaje. La clase fue compuesta por una introducción inicial, tres dinámicas abordando elementos verbales y no verbales de la comunicación, discusión sobre las actividades y un vídeo para el cierre del proceso. En el presente relato se describen los aspectos detallados del itinerario de clase, así como el contenido generado por las discusiones sobre el tema.
Palabras clave: comunicación; salud; enseñanza.

Introdução

Comunicação, palavra que deriva do latim *communicare* – por em comum –, que remete ao ato ou efeito de comunicar (-se); transmitir; propagar (HOLANDA, 2010). Segundo Lombardi (2006, p. 1), a "comunicação é a troca de informações, ideias e sentimentos. Processos que mantém os indivíduos em contato permanente e em todas as circunstâncias, propiciando a interação". Trata-se de uma base estrutural da sociedade, a qual é uma necessidade humana básica na busca por conhecimento e no convívio social e cultural (CASTRO, 2013; OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

O processo de comunicação abrange elementos básicos, como: emissor, receptor, mensagem, canal, códigos, ruídos e *feedback* ou retroalimentação. Tais elementos são fundamentais para a compreensão e transmissão de informações (mensagem) entre o emissor – que inicia o processo e transmite a mensagem – e o receptor – que recebe a informação, responde ao emissor e dá continuidade ao processo. A comunicação plena se utiliza, preferencialmente, de códigos comuns aos indivíduos (LOMBARDI, 2006; GASNIER, 2008; RAMOS, 2011).

Os instrumentos utilizados são a linguagem verbal, mais frequente, sendo a palavra a sua unidade; e a não verbal, representada por movimentos, gestos, imagens, expressões faciais, entonação de voz e postura (LOMBARDI, 2006; CASTRO, 2013). Para que a comunicação se dê de forma consistente, clara e adequada a cada situação, cative o ouvinte e priorize, principalmente, os três elementos basais (emissor, mensagem e receptor), é importante que o comunicador harmonize essas duas linguagens. Além de associar a naturalidade de gestos e expressões à motivação ao falar,

observação, entonação de voz, ritmo, vocabulário, entre outros requisitos. É essencial que a fala esteja de acordo com a expressão corporal (CASTRO, 2013).

No âmbito da saúde, a comunicação é uma tecnologia fundamental para os profissionais da área no processo assistencial, seja voltada ao paciente ou à equipe de saúde (CARVALHO; MONTENEGRO, 2012). A sua qualidade, que propicia a escuta ativa e acolhedora do paciente para transmitir a mensagem de forma coerente e completa, bem como atingir a sua subjetividade, além dos fatores inerentes ao processo, são características importantíssimas na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015). A comunicação efetiva demonstra relação com a melhora de desfechos clínicos, satisfação com serviços e adesão terapêutica; tanto que abordagens de ensino para o desenvolvimento de habilidades de comunicação vêm sendo discutidas nos cursos da área da saúde (BACHMANN et al., 2013).

Além de toda a importância no processo assistencial, a comunicação possui papel essencial no processo de ensino-aprendizagem, uma vez que aproxima as pessoas, promove relações humanas e compartilha saberes (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014). Fora isso, se considerar que parte da aprendizagem é construída a partir de relações sociais (INOCÊNCIO; CAVALCANTI, 2005), o diálogo está sempre presente na aprendizagem colaborativa.

Apesar do valor da comunicação qualitativa nos âmbitos educacional e assistencial, o processo, por vezes, ocorre por meio de uma visão mecanicista, em que o emissor emite uma mensagem ao receptor, que apenas a recebe, caracterizando um processo verticalizado, de transferência de informações. Contudo, a construção do conhecimento se dá de forma horizontal entre os sujeitos envolvidos (DONATO; GOMES, 2010; CARVALHO; MONTENEGRO, 2012), onde professores e alunos são os protagonistas do processo.

Segundo Freire (1983, p. 69), “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”. Reafirmando que a educação, a prática da saúde e a comunicação não são práticas solitárias, mas sim compartilhadas (DONATO; GOMES, 2010).

Um passo importante para (re)significar o processo de ensino-aprendizagem para a construção do conhecimento são as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que vão além da transmissão de conteúdo. Tais práticas instigam o educando a exercer a reflexão crítica e transformadora a partir da visão dos diferentes saberes necessários à sua formação e da aplicabilidade dos conhecimentos construídos à realidade na qual estão inseridos. Neste contexto, o professor atua como facilitador e orientador do processo de comunicação e interação entre os alunos (MELO; SANT’ANA, 2012; SILVA et al., 2015), já que a participação dos alunos é constantemente motivada, diferentemente da metodologia tradicional associada com a memorização e ao trabalho do docente

dirigido à explanação de conteúdos e retenção da atenção dos discentes (GOSSENHEIMER et al., 2015).

Ao passo que a comunicação entre os sujeitos é um processo intrínseco das metodologias ativas, um dos seus objetivos é que os alunos desenvolvam não só o conhecimento, mas também habilidades e atitudes. Dentre estas estão: liderança, cooperação, gestão da informação, planejamento, responsabilidade, relações humanas, trabalho em equipe, convivência, visão crítica, emitir opiniões, tomada de decisões, entre outras, e, perpassando por todas, a própria comunicação (COTTA; COSTA; MEDONÇA, 2013).

O presente artigo trata-se de um relato de experiência sobre uma aula ministrada por um grupo de alunos em disciplina de um Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no segundo semestre do ano de 2016. Os alunos da disciplina, todos com formação em cursos da saúde, são estudantes de mestrado ou doutorado de outros programas de pós-graduação da instituição ou do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O grupo de alunos que ministrou a aula a ser relatada foi composto por três farmacêuticas, um médico e uma nutricionista, sendo quatro integrantes estudantes de mestrado e um de doutorado.

A aula teve como público os próprios colegas da disciplina, e abordou a temática da 'comunicação em saúde'. Para tanto, utilizou-se das metodologias ativas de ensino-aprendizagem por meio de dinâmicas e discussões entre os alunos e alunos, no papel de professores, como estratégia de aula.

Planejamento

O processo teve início em um encontro da disciplina, no qual se propôs, a partir da organização espontânea de grupos, a elaboração de uma aula para ministrar aos colegas. Tanto a temática, quanto o formato da aula eram de escolha de cada grupo. Para isso, uma etapa inicial de planejamento foi necessária, uma vez que planejar o itinerário de docentes e discentes é fundamental para saber aonde se quer chegar. Faz parte do educador se perguntar o que se pretende e qual a finalidade da aula (DONATO; GOMES, 2010).

O planejamento envolveu primeiramente a escolha do tema: 'comunicação em saúde', a qual diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Trata-se de uma ação inerente ao ser humano, que acontece a todo o momento, sendo a escolha motivada principalmente pela importância de tal assunto no contexto da prática profissional, assistencial e docente dos alunos participantes da disciplina; a qual tem influência direta na relação entre os profissionais, serviços de saúde e comunidade, atividades de educação em saúde, qualidade dos

atendimentos e, especialmente, no ensino, quando diz respeito à formação dos profissionais da saúde (TEIXEIRA, 2004).

A elaboração do plano de aula entre os participantes do grupo – agora no papel de professores – se deu via troca de e-mails e em dois encontros presenciais; um encontro inicial para definição do tema e esboço das atividades a serem realizadas, e um encontro final para fechamento do cronograma acordado. A partir da temática escolhida foram planejadas as atividades a serem desenvolvidas durante a aula. Previamente se realizou uma busca de referencial teórico sobre o assunto e a discussão entre os participantes do grupo sobre experiências profissionais e pessoais sobre o tema, surgindo a ideia de realizar dinâmicas vivenciadas pelos mesmos, já que se encaixavam com os objetivos designados.

O plano de aula foi organizado para o tempo aproximado de duas horas, da seguinte forma: breve introdução sobre o tema, com apresentação em *Power Point*; realização de três dinâmicas, intercaladas com discussões sobre comunicação e impressões das atividades; apresentação e discussão de reportagem jornalística; e fechamento com visualização de um vídeo sobre processo de comunicação. Os objetivos eram: identificar os elementos indispensáveis às situações de comunicação; reconhecer a função de cada elemento dentro do processo da comunicação; e compreender que todo sistema de comunicação é constituído por este conjunto de elementos. A avaliação dos discentes foi dividida em duas partes: uma envolvendo a participação individual dos alunos nas atividades propostas; e outra, envolvendo a participação de todo grupo em relação às percepções das dinâmicas. A avaliação coletiva foi proposta para ser realizada a partir de um *brainstorming* (chuva de ideias) das percepções do grupo.

A avaliação da aula ministrada – sua estrutura, conteúdos abordados e atuação dos alunos como professores – foi realizada após o término da aula proposta, em roda de conversa sobre as percepções dos alunos e professores da disciplina.

Relato da experiência

No dia da aula, conforme plano de ensino, realizou-se uma breve introdução sobre o tema aos colegas-alunos. A partir da apresentação do tema e acomodação dos alunos em círculo, iniciou-se a primeira dinâmica, denominada ‘dinâmica do papel’. Foi distribuído para cada aluno um papel de rascunho A4, e com os olhos fechados, estes deveriam seguir os comandos do professor-facilitador sem questionamentos. Conforme as orientações que foram passadas – ‘Feche os olhos. Pegue essa folha e dobre ao meio. Rasgue uma ponta. Dobre novamente ao meio e rasgue uma ponta. Dobre novamente ao meio e rasgue uma ponta’- os alunos foram fazendo o solicitado. Ao final, eles deveriam abrir os olhos e comparar os resultados com seus colegas.

O resultado dos rasgos nas folhas diferiu muito entre os alunos, somente com algumas pequenas semelhanças. O motivo dessas diferenças foi debatido no grupo e conclusões importantes sobre o processo de comunicação foram inferidas: os discentes relataram que a informação não foi clara e detalhada, se queixando da impossibilidade de fazerem perguntas sobre os comandos, e houveram interpretações diferentes em relação aos comandos. Por meio dessa dinâmica, evidenciamos a importância da interpretação, do *feedback* e da qualidade da comunicação. Nos casos em que o processo de comunicação é unidirecional, não havendo espaço para a retroalimentação dos indivíduos que recebem a comunicação, a interpretação é mais livre, principalmente se não há clareza no que é emitido. Mediante uma comunicação com linguagem clara e que, principalmente, valorize o retorno do comunicado, este processo pode ser aprimorado.

Após, foi realizada outra dinâmica, semelhante a uma brincadeira infantil denominada 'telefone sem fio'. A dinâmica consistia no recebimento de uma frase pelo primeiro participante, sendo que tal indivíduo deveria trocar uma palavra da frase por um sinônimo desta e repetir a frase alterada ao participante seguinte. Este deveria proceder da mesma forma e assim sucessivamente, até que o último aluno deveria repetir a frase, que lhe foi repassada, em voz alta. Posteriormente essa frase seria comparada com a inicial. A frase inicial era 'a vida é curta, a arte é longa', aforismo conhecido e atribuído a Hipócrates, médico grego.

Na realização da segunda dinâmica, houve uma situação imprevista: um dos professores, de maneira equivocada, acabou por passar o slide onde estava escrita a frase a ser revelada no final da dinâmica. Como foi um processo rápido, a dúvida era se os alunos tinham lido a frase ou não, e como proceder: trocar ou não-trocar a frase, realizar ou não-realizar a dinâmica. Neste momento, os professores e alunos discutiram em relação ao que deveria ser feito. Perguntou-se aos alunos se eles tinham visualizado a frase, e qual conduta achavam melhor. Como a maioria afirmou não se lembrar da frase exposta, todos optaram por seguir conforme proposto. Assim, a atividade ocorreu da maneira descrita. Como resultado final, teve-se a seguinte frase: 'a vida é curta, a arte é um barco'.

Apesar do pequeno imprevisto, por meio dessa dinâmica foi evidenciada a importância da opinião pessoal no processo da informação, pois ao serem obrigados a realizar a troca de uma palavra por outra de sentido semelhante, a impressão individual de cada participante foi colocada na frase comunicada. Os alunos também relataram que para uma comunicação mais efetiva é preciso saber seu contexto. Uma dificuldade relatada foi que pelo fato de repassar a frase para o indivíduo seguinte em tom de voz baixo (cochichar), muitas vezes a informação não foi compreendida adequadamente, e que talvez se fosse falado com o olhar fixado e em tom mais claro a comunicação seria facilitada.

A terceira dinâmica se organizou na forma de círculo, onde, utilizando apenas o contato visual, cada aluno deveria 'achar um parceiro' para se aproximar ao centro do círculo e fazer uma

breve pausa, um de frente para o outro. Ao fitarem os olhos por alguns segundos, "os parceiros" trocariam de lugar um com o outro no círculo. Este processo deveria ser coordenado com o restante do grupo, de forma a apenas uma dupla se aproximar do centro por vez. Antes de iniciar a dinâmica, os professores-facilitadores demonstraram ao grupo como a atividade deveria acontecer. Durante a dinâmica, foi estimulado o dinamismo entre os alunos-participantes. Após a realização da atividade, a exemplo das demais, houve uma discussão sobre o processo, para apontar as dificuldades enfrentadas por cada aluno, bem como as percepções em relação à temática da aula. Os alunos apontaram a importância de perceber o contexto ao seu redor e o que está acontecendo, uma vez que todo o processo necessitava ser ordenado, além da valorização do contato visual durante a comunicação, relatando suas experiências pessoais no ambiente de prática profissional (assistência, gestão, trabalho multiprofissional e interdisciplinar, entre outros).

Percebeu-se que durante a atividade alguns participantes realizavam outros gestos com o rosto para combinarem sua vez de ir ao centro, o que demonstrou certa dificuldade em realizar a comunicação apenas com os olhos e, para tanto, necessitavam utilizar outras formas de comunicação não verbal, como expressões faciais e movimentos do corpo. O tempo em que cada dupla permanecia no centro do círculo, bem como a distância entre os participantes nas duplas diferiram bastante entre os alunos. Alguns passaram rapidamente pelo centro, muitas vezes não fazendo a pausa requerida, enquanto outros, a pausa e a distância entre eles eram menores. Tais resultados puderam ser influenciados pela presença ou ausência de familiaridade entre os integrantes, timidez ou desconforto ao fazer uso deste tipo de comunicação. A coordenação do grupo foi algo que chamou a atenção; cada dupla se dirigiu ao centro de forma ordenada, respeitando o tempo e a vez da outra dupla, o que revelou uma preocupação e atenção ao que estava acontecendo.

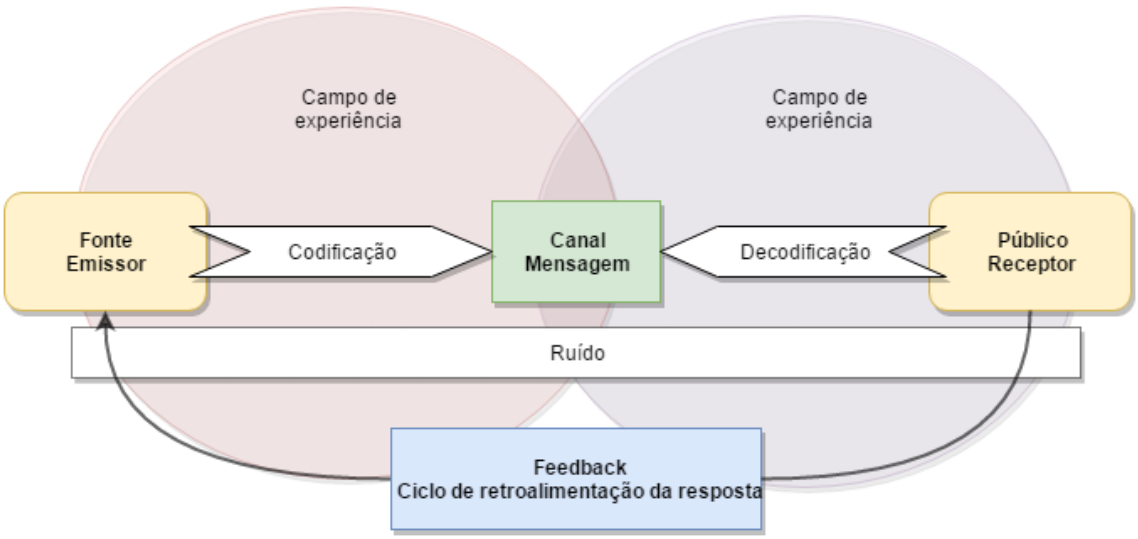
O objetivo da atividade era justamente reconhecer a influência dos elementos não verbais na comunicação: importância do contato visual, da aproximação, do 'ir até o outro' e 'o outro vir até mim' – elementos da comunicação cinésica e proxêmica. Além disso, a importância da empatia – de olhar para o outro e compreendê-lo – e da atenção ao contexto, são elementos e características essenciais para uma comunicação efetiva. Essa dinâmica, ao contrário das outras duas, promoveu a comunicação de fato, mesmo com a utilização apenas de elementos não verbais. Ao passo que nas dinâmicas do papel e telefone sem fio, a fala estava presente, mas se dava de forma unidirecional e sem possibilidade de *feedback* – o que resultou em diferentes interpretações da informação transmitida. Na dinâmica do 'círculo', as pessoas tinham que olhar uma para outra e combinar de realizar a mesma tarefa (chegar ao centro), coordenadas com os demais membros do grupo, o que promoveu a compreensão da mensagem enviada em consonância com um determinado contexto e a

relação entre emissor e receptor alcançada de forma plena, onde cada um transitava entre os dois papeis.

A discussão sobre o processo de comunicação se desenvolveu para além das dinâmicas. Os alunos exemplificaram situações cotidianas na prática profissional e trouxeram aspectos referentes ao cotidiano de contexto social mundial e nacional, como: a influência da mídia e redes sociais nas opiniões e atitudes pessoais, o processo de extremismo religioso e político que vêm sendo vivenciado em diferentes esferas sociais, o uso de celulares e seu impacto no cotidiano das pessoas, a 'chuva' de informações e como filtrá-las e interpretá-las de forma crítica e racional. Para exemplificar algumas dessas situações, foi exposta e, posteriormente, disponibilizada via e-mail aos alunos, uma reportagem jornalística, intitulada 'Como as redes sociais formam bolhas de radicalização e intolerância', sobre o que pode estar causando a 'bolha da *timeline*', remetendo à influência das redes sociais nas atitudes e pensamentos extremistas (DUARTE, 2016).

Para fechamento da aula, foi passado um vídeo de curta duração: 'Processo de Comunicação', disponível *online* pelo site do *YouTube* (<https://www.youtube.com/watch?v=_C3AmzKpJbQ>), o qual retoma os elementos e as características trabalhadas e discutidas durante a aula sobre o assunto (RAMOS, 2011). O objetivo desta última atividade foi perceber a importância da presença de todos os elementos da comunicação (Figura 1) e as dificuldades existentes quando há a ausência de algum deles.

Figura 1 – Processo de comunicação (adaptada com base no vídeo – Ramos, 2011).



Ao final da aula ministrada, conforme processo da disciplina, houve a formação de uma roda de conversa para discutir e avaliar a aula do grupo de professores. Na roda, cada pessoa pôde

participar de maneira espontânea apontando sua opinião a respeito da temática, forma com que a aula foi conduzida, o que aprendeu, bem como desempenho dos colegas no papel de professores. Os professores da disciplina voltaram ao seu papel de professores e conduziram a discussão.

Nesse último processo, os colegas relataram terem apreciado a aula, acharam as dinâmicas e discussões com exemplos da atualidade altamente pertinentes. Os professores e colegas também comentaram sobre o desempenho do grupo, que ministrou a aula de uma maneira 'fluída' com a participação de cada integrante de maneira a um complementar o outro. Por se tratar de uma aula sobre comunicação, gostaram por ter sido dialogada, podendo perceber a harmonia entre o grupo, o processo de comunicação e a linguagem verbal e não verbal utilizada pelos integrantes.

A condução da situação imprevista antes da realização da dinâmica do telefone sem fio foi apontada pelos colegas como positiva, uma vez que promoveu a participação de todos (alunos e professores) no processo de escolha, ocorrendo a comunicação efetiva a partir de uma escuta ativa e *feedback*. Desse modo, a temática da aula foi vivenciada, tanto por meio da utilização de metodologias ativas (dinâmicas e discussões) quanto pela condução de uma situação imprevisível durante a aula, o que retrata bem a realidade docente. Assim como na comunicação, o processo de ensino-aprendizagem é uma 'via de mão dupla', em que docentes e discentes juntos constroem o saber por meio da vivência.

Considerações finais

A experiência demonstra que a aula ministrada sobre 'comunicação em saúde', com o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, teve aceitação importante dos colegas e professores da disciplina, público receptor, para o qual se dirigiu a mensagem do processo de comunicação, e que retornaram ao grupo de alunos responsáveis pela aula um *feedback* essencialmente positivo, ratificando que os objetivos propostos foram atingidos. Isso reitera a importância da discussão e reflexão sobre tal processo, tanto no contexto profissional, como de ensino.

Ao utilizar essas tecnologias de ensino, esperava-se uma maior participação dos alunos durante as discussões sobre as dinâmicas, o que ocorreu à medida que os mesmos foram colocando os seus pontos negativos, positivos e associando com o tema em questão. A participação dos alunos foi motivada pelos professores e a linguagem utilizada se deu de forma horizontal, o que colocou discentes e docentes como protagonistas no processo de ensino, ampliando a construção do conhecimento.

É fundamental que as metodologias ativas sejam incorporadas no ensino na saúde, ao passo que favorecem o desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de reflexão e ampliam as habilidades dos alunos. Apesar de ser uma ação inerente ao ser humano e base para o contato

permanente entre os indivíduos, é pertinente refletir sobre o processo de comunicação, principalmente na área da saúde. Reconhecer o ato comunicativo como uma ação que se constrói a partir de um conjunto de elementos, por estudantes e profissionais, se torna essencial para que o processo não se reduza à transmissão de informações.

Referências

BACHMANN, C. et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. **Patient Education and Counseling,** Limerick, v. 93, p. 18-26, 2013.

CARVALHO, B. G. C.; MONTENEGRO, L. C. Metodologias de comunicação no processo de educação em saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,** Divinópolis, v. 2, n. 2, p. 279-287, 2012.

CASTRO, I. L. Linguagem verbal e não verbal: o ensino de Língua Portuguesa. **Faculdade Almeida Rodrigues**, Rio Verde, 2013. Disponível em: <http://www.faculdadefar.edu.br/artigo-cronica/detalhe/id/21>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CORIOLANO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; MEDONÇA, E. T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013.

DONATO, A. F.; GOMES, A. L. Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **Boletim do Instituto de Saúde,** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37-43, 2010.

DUARTE, L. Como as redes sociais formam bolhas de radicalização e intolerância. **Jornal Zero Hora,** Porto Alegre, 18 nov. 2016. Disponível em: < https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2016/11/como-as-redes-sociais-formam-bolhas-de-radicalizacao-e-intolerancia-8377226.html>. Acesso em: 21 jul. 2018.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GASNIER, D. G. **Guia prático:** comunicação empresarial. São Paulo: IMAM, 2008.

GOSSENHEIMER, A. N.; CARNEIRO, M. L. F.; CASTRO, M. S. Estudo comparativo da metodologia ativa "gincana" nas modalidades presencial e à distância em curso de graduação de Farmácia. **ABCS Health Sciences,** Santo André, v. 40, n. 3, p. 234-240, 2015.

HOLANDA, A. B. **Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 8. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

INOCÊNCIO, D.; CAVALCANTI, C. M. C. O trabalho em grupo como metodologia de ensino em cursos e disciplinas on-line. In: Congresso ABED, 12., 2005, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABED, 2005. p. 1-10. Disponível em: < http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/014tcc3.pdf >. Acesso em: 21 jul. 2018.

LOMBARDI, M. A. **A importância da comunicação.** São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.ceismael.com.br/oratoria/importancia-da-comunicacao.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comunicação em Ciências da Saúde,** Brasília, v. 4, n. 23, p. 327-339, 2012.

OLIVEIRA, Y. C. A.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. Comunicação para ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis (Rio J.),** Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015.

RAMOS, D. K. **Vídeo produzido para a Especialização em Coordenação Pedagógica da UFSC**, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_C3AmzKpJbQ>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SILVA, S. L. et al. Estratégia educacional baseada em problemas para grandes grupos: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 607-613, 2015.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. **Análise Psicológica,** Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

Experiências docentes e discentes

REFLEXÕES SOBRE A PESSOA E A PROFISSÃO DO PROFESSOR NA ÁREA DA SAÚDE

CONSIDERATIONS ON THE PERSON AND THE TEACHING PROFESSION IN THE HEALTH AREA

CONSIDERACIONES SOBRE LA PERSONA Y LA PROFESIÓN DOCENTE EN EL ÁREA DE LA SALUD

Rita Mattiello[1]
Barbara Freiberger Schaefer[2]
Caren Ferreira do Nascimento[2]
Cristina Sebastião Matushita[2]
Debora Montenegro Pasin[2]
Eduardo Andre Gomes Krieger[2]
Fernanda Braga Seganfredo[2]
Fernanda Dallazen[2]
Gislaine Verginia Baroni[2]
Josiel Schilling Poeta[2]
Karina Nique Franz[2]
Leticia Manoel Debon[2]
Licerio Vicente Padoin[2]

[1] Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde e Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. E-mail: rita.mattiello@pucrs.br

[2] Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. E-mail: barbara.schaefer@acad.pucrs.br; caren.nascimento@acad.pucrs.br; cristina.matushita@acad.pucrs.br; debora.pasin@acad.pucrs.br; eduardo.krieger@acad.pucrs.br; fernanda.seganfredo@acad.pucrs.br; fernanda.dallazen@acad.pucrs.br; gislaine.baroni@acad.pucrs.br; josiel.poeta@acad.pucrs.br; karina.franz@acad.pucrs.br; leticia.debon@acad.pucrs.br; licerio.padoin@acad.pucrs.br; lilian.araujo@acad.pucrs.br; luiza.preto@acad.pucrs.br; marcelo.barros.003@acad.pucrs.br; marcia.moraes.002@acad.pucrs.br; mariele.cunha@acad.pucrs.br; marina.amaral@acad.pucrs.br; nathassia.aurich@acad.pucrs.br; patricia.molz@acad.pucrs.br; ricardo.wainberg@acad.pucrs.br; ivanantonello@pucrs.br

Lilian Peres Righetto de Araujo[2]

Luiza Tweedie Preto[2]

Marcelo Cardoso Barros[2]

Marcia Cristina Gonçalves de Oliveira Moraes[2]

Mariele Cunha Ribeiro[2]

Marina Azambuja Amaral[2]

Nathassia Kadletz Aurich[2]

Patricia Molz[2]

Ricardo Chmelnitsky Wainberg[2]

Ivan Antonello[2]

Resumo

Este artigo deriva de um conjunto de ideias experimentadas por discentes do Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em uma disciplina que procurou conhecer melhor o docente típico e suas atipias. O texto pretende auxiliar no entendimento de quem é o professor na área da saúde. Discute o sujeito e sua obra, para além do já conhecido modelo centrado na profissão da saúde que exerce e que procura ensinar. Antes de docente, o professor é uma pessoa. Como pessoa, precisa sentir-se estimada e estimar ao outro (aluno). Ao prosperar em seu trabalho, o docente tem compromissos para com o desenvolvimento intelectual e moral de seus alunos e o planejamento de ações para que exerça a percepção crítica da realidade. A relação ensino-aprendizagem com o educando deve favorecer a análise de valores necessários ao convívio social. Na área da saúde, é requisitado ao aluno aprender a fazer, sendo pouca importância referida ao aprender a conhecer, ao aprender a ser ou a viver em comunhão com os pares. É essencial ter a percepção de que o professor necessita, inicialmente, acolher a si próprio: entender quem é ele, como é e porque chegou ali. A construção da identidade profissional docente é um processo contínuo estabelecido pelo domínio de sua área de ensino, pelos conhecimentos pedagógicos voltados à aprendizagem dos alunos e experiência docente, além das relações sociais do cotidiano.
Palavras-chave: educação; saúde; docentes.

Abstract

This article derives from a set of ideas undergone by the students of the Postgraduate Program in Medicine and Health Sciences at Pontificia Universidade Catolica do Rio Grande do Su (PUCRS), in a discipline that sought to know better the common teacher and their atypia. The text intends to help in the understanding of who the professor in the health area is. In addition, it discusses, with no delay, a little of the subject himself and his work, beyond the already well-known model centered in the health profession he practices and seeks to teach. Before being a someone who teaches, he is a person; and, as a person, he needs to feel appreciated and esteem the other (student). As he thrives in his work, the professor is committed to the intellectual and moral development of his students and the planning of actions for exercising the critical perception of the reality. The teaching-learning relationship with the learner should favor the analysis of values which are necessary for social interaction. In the health area, the student is asked to learn by doing, and little importance is referred to either learning to know, learn to be or to live in communion with peers. Lastly, it is essential to have the perception that who teaches initially needs to welcome himself: to understand who he is, what he is, and why he arrived there. The construction of a teaching professional identity is an ongoing process established by the field of its teaching area, by the pedagogical knowledge focused on the learning of the students and teaching experience, in addition to the social relations of the everyday.
Keywords: education; health; teachers.

Resumen

Este artículo deriva de un conjunto de ideas de los estudiantes del Programa de Postgrado en Medicina y Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidade Catolica do Rio Grande do Sul (PUCRS), en una disciplina que buscó conocer mejor al profesor 'común' y sus atipias. El texto tiene la intención de ayudar a comprender quién es el profesor en el área de la salud. Además, discute, sin demora, un poco del sujeto y su obra, más allá del ya conocido modelo centrado en la profesión de la salud que él practica y busca enseñar. Antes de ser alguien que enseña, él es una persona; y, como persona, necesita sentirse apreciado y estimar al otro (estudiante). A medida que prospera en su trabajo, el profesor está comprometido con el desarrollo intelectual y moral de sus alumnos y la planificación de acciones para ejercer la percepción crítica de la realidad. La relación enseñanza-aprendizaje con el alumno debe favorecer el análisis de valores que son necesarios para la interacción social. En el área de la salud, se le pide al estudiante que aprenda haciendo y poco se refiere a aprender a saber o a aprender a ser o vivir en comunión con sus pares. Por último, es esencial tener la percepción de que el profesor necesita para alojar inicialmente a sí mismo: entender quién es, cómo y por qué llegó hasta allí. La construcción de una identidad profesional docente es un proceso contínuo establecido por el ámbito de su área docente, por el conocimiento pedagógico centrado en el aprendizaje de los alumnos y la experiencia docente, además de las relaciones sociales de los cotidianos.
Palabras clave: educación; salud; docentes.

Introdução

Este texto pretende auxiliar no entendimento de quem é o professor na área da saúde, bem como discutir sobre o sujeito e sua obra, para além do já conhecido modelo centrado na profissão que exerce e que procura ensinar. Deslocar, por vezes, o pensamento a uma perspectiva acadêmica, na qual ambientes como a sala de aula pode (e deve) ser o campo de ação. Nesse cenário, disciplina, currículo e propostas político-pedagógicas podem ser assuntos de discussão constante, não apenas durante as 'reformas curriculares', ordenadas, via de regra, pelo Estado e postas em prática sem sofrimento, o que só confirma a imobilidade.

A conversa que corre pelos próximos parágrafos resulta do olhar enviesado de quem detesta o viés, da surpresa de quem se viu metido em uma refrega para a qual não estava bem preparado e da coragem de, mesmo assim, enfrentar o assunto em pauta. É o conjunto de ideias experimentadas pelos alunos do Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em uma disciplina que procurou conhecer melhor o docente típico e suas atipias. Conforme Morin (2003), "a educação pode ajudar a nos tornarmos melhores, se não mais felizes, e nos ensinar a assumir a parte prosaica e viver a parte poética de nossas vidas" (p. 10).

Com base no debate desenvolvido no semestre foi proposta esta compilação de argumentos que, ao menos, espera-se tenha encontrado contundência no imaginário dos autores. Afinal, refletir sobre a pessoa do professor, como se faz profissional, seu compromisso de valores – a partir da escolha da profissão – e a carreira docente não é tarefa da qual se sai impune.

A pessoa e o profissional

Antes de ser professor, o professor é uma pessoa. E a pessoa precisa sentir-se estimada, necessita construir uma imagem positiva de si mesmo, que acalme a desconfiança de rejeição sempre presente quando, em sua atividade, se submete à avaliação do outro.

A identidade do professor não é uma característica adquirida, mas um lugar de lutas e conflitos a partir do que se é, um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão. A maneira como cada um de nós ensina depende daquilo que somos como indivíduos quando exercemos o ensino (KRAMER; SOUZA, 1996). O desenvolvimento profissional docente recebe influência de fatores pessoais e institucionais. O contexto pessoal inclui a família, os momentos positivos e negativos da trajetória, a disposição, o interesse próprio e os ciclos de vida pelos quais o professor passa. No plano institucional, há elementos que exercem influência no avanço profissional: legislação, estilo de gestão, confiança e expectativas sociais, organizações profissionais e sindicais. (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012). Ensinar mobiliza um talento pessoal que não se deve somente aos saberes derivados da formação ou experiência, mas muito à personalidade ou à inteligência do professor (PERRENOUD, 2001).

De acordo com Nóvoa (1992), o sujeito que escolheu a docência tem uma atividade complexa do ponto de vista emocional, pois vive em espaço carregado de afetos, de sentimentos e de conflitos. Nem sempre a presença do aluno no cenário de ensino e aprendizagem é um ato de vontade pessoal, especialmente nas primeiras séries. Família e sociedade se alternam na responsabilidade de mantê-lo no ambiente educacional, o que requer compreensão e esforço docente extra na relação com o aluno que, muitas vezes, não descobriu que ‘quer aprender’ o que lhe ‘querem ensinar’.

Bons professores têm a capacidade de estabelecer conexões. Estabelecem uma extensa rede de contatos entre eles mesmos, suas disciplinas e seus alunos, de forma que estes últimos possam aprender a tecer novas teias para suas próprias vidas. Os métodos usados por tal professor podem variar desde palestras e diálogos socráticos até experimentos em laboratório e solução de problemas em forma colaborativa (PALMER, 1997).

Professores que formam profissionais da saúde têm sua origem na profissão e, frequentemente, nenhuma formação pedagógica que não seja a de eventuais disciplinas em cursos de mestrado ou doutorado, realizados com o intuito de obter o título e manter a posição. A construção aqui pode ser mais penosa, pois trata de um sujeito que, não raro, torna-se docente não por opção. O que fica evidente é que não há preparo sistemático, intencional, mas assistemático, como elemento da cultura que forma o contexto no qual se insere (CASTANHO, 2002). A própria lembrança dos alunos a respeito de professores que os impressionaram durante o curso de graduação está mais relacionada ao exemplo que representou para eles, à boa relação com o paciente, à capacidade de ouvir os discentes, do que a qualquer aspecto pedagógico relacionado à sua prática docente.

Espera-se que o professor considere a docência como uma profissão com ferramentas próprias a serem estudadas e exploradas no melhor proveito de sua ação. Como docente, deve acreditar que ensino, aprendizagem e avalição são fenômenos distintos, mas pertencentes a uma mesma atividade pedagógica (GRILLO; LIMA, 2010). Precisa entender a educação da pergunta aguça, estimula e reforça a curiosidade (FREIRE, 2015). Nas profissões da saúde, o modelo profissional a ser seguido é usual e importante: imite o mestre. Mas não basta e carece de eficácia quando se trabalha com grupos de pessoas.

O compromisso e a carreira

Ao prosperar em seu trabalho, o docente tem compromissos com o desenvolvimento intelectual e moral de seus alunos e com o planejamento de ações para que exerça a percepção crítica da realidade. A relação de ensino e aprendizagem com o educando deve favorecer a análise de valores necessários ao convívio social. Dessa forma, é necessário a realização de um *feedback* para ampliar a capacidade perceptiva dos alunos, ou seja, "dar e pedir retornos constituem habilidades essenciais para regularmos nossos desempenhos e os das pessoas com quem convivemos, visando relações saudáveis e satisfatórias" (DELPRETTE, 2001, p. 68). Assim, cabe também ao professor saber ouvir e prestar atenção à fala e aos comportamentos seus alunos fazendo com que, em seu trabalho, os horizontes sejam alargados, possibilitando uma visão ampliada da realidade ao aluno (STEDILE, 2009). Por fim, resta saber se o educador conhece seus compromissos ou reflete sobre eles.

Sabe-se que o ensino passa por transformações, e o cânone tradicional e predominante na saúde é substituído por modelos educacionais inovadores, cuja tendência é o enfraquecimento daquelas metodologias de ensino onde o professor é o personagem principal. O entendimento de que o estudante é protagonista em seu aprendizado tem possibilitado maior profundidade na troca de saberes e compreensão de uma forma crítica e reflexiva da educação na saúde (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012). Parafraseando Freire (2001, p. 264): "Ao estudo crítico corresponde um ensino igualmente crítico que demanda necessariamente uma forma crítica de compreender e de realizar a leitura da palavra e a leitura do mundo, leitura do contexto", o aprendizado do professor ao ensinar não se dá necessariamente através da retificação que o aluno lhe faça de erros cometidos, e sim na medida em que se perceba – caso seja humilde e aberto – permanentemente disponível a repensar o pensado, e rever-se em suas posições. Disposto a envolver-se com a curiosidade dos alunos e dos diferentes caminhos e veredas que ele os faz percorrer. Ao ensinar, não como um burocrata da mente, mas reconstruindo os caminhos de sua curiosidade, o docente se abre às adivinhações dos alunos, a sua ingenuidade e criatividade (FREIRE, 2001).

É importante ressaltar que prática docente não pode ser reduzida a uma técnica e sim à identidade e integridade do professor. A identidade é referente ao elo em desenvolvimento em que todas as forças da vida do profissional, incluindo as experiências pessoais, se convergem em sua individualidade, e a integridade é a plenitude encontrada dentro deste elo no qual se consegue distinguir o que é intrínseco à personalidade e o que se adapta ou não a ela (PALMER, 1997). Como sugerem os achados de estudo realizado com educadores do ciclo profissional do curso de Medicina de uma instituição pública federal de ensino superior do Brasil, as características necessárias para um bom professor passam por domínio do conteúdo, boa comunicação, didática, ética, empenho, envolvimento em pesquisas, habilidades clínicas, atualização, confiança, profissionalismo, competência, organização, autocrítica, capacidade de fornecer *feedback* aos alunos (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012).

Há duas concepções de formação docente presentes na carreira universitária: a não profissional e a profissional. A primeira, corriqueira na área da saúde, considera que ensinar se aprende ensinando, numa visão simplista que reduz a formação docente à mera reprodução de modelos existentes anteriormente. A segunda defende que ensino afetivo e efetivo é tarefa complexa e grande desafio social, com altas exigências intelectuais e que ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas, melhoradas e ampliadas por meio de processo consistente de formação (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012).

No contexto universitário brasileiro, a carreira profissional docente é um processo que se dá habitualmente com pouco apoio institucional (LIMA; GRILLO, 2008). Aos professores que atuam nos cursos da saúde pesam responsabilidades como as de oferecer ao estudante conhecimentos básicos e possibilidades para que desenvolvam habilidades técnicas, treinar sua inteligência para pensar claramente, conscientizá-los sobre as necessidades da comunidade e contribuir para a formação de uma escala de valores que presida a execução de suas atividades (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012). Nada disso acontece se não houver a compreensão de que a preparação para a carreira não finda nas ‘minguadas’ disciplinas que abordam pedagogia e didática do ensino, em cursos de pós-graduação *stricto sensu*.

Considerações finais

Ao estabelecer considerações finais, muito longe se está de escrever sobre o ‘juízo final’ a respeito de um assunto tão maior do que os que os escrevem. São apenas considerações finais deste artigo, ‘mais um pouco’ das aflições de quem sabe que educação sem sofrimento e sem alegria é educação morna e nublada. Aqui, ao refletir-se sobre o professor e sua profissão, se quer pensar sobre o que é parte da inquietação permanente do professor: o que se tem feito, o que se precisa saber e

fazer, e como se certifica de que sua ação é adequada. A construção da identidade profissional docente é um processo contínuo, a partir do qual ele percebe, interpreta e atribui significado à sua atividade. Durante a formação de sua identidade, os professores tendem a fundamentar sua prática pedagógica em modelos de professores que tiveram durante o período escolar ou em sugestões dadas por colegas mais experientes ou, ainda, na representação de professor, difundida na sociedade ocidental. Os docentes organizam seu trabalho (e isto é acentuado na área da saúde) usando o 'senso comum pedagógico', no qual o domínio de uma área específica do saber se veicula nos conteúdos escolares (LIMA; GRILLO, 2008). As relações sociais – de modo geral frágeis no docente da área da saúde – que se estabelecem com os alunos, com as famílias, com a instituição educativa, enfim, com as pessoas com as quais convive no cotidiano, também influenciam essa construção da identidade do professor (GRILLO; GESSINGER, 2008).

Um professor precisa dominar sua área de ensino, como primeira condição para o ato pedagógico, ou seja, a área específica na qual atua e que geralmente é a sua área de formação acadêmica, que é considerada como conhecimento básico para ensinar. A segunda condição é ter conhecimentos pedagógicos que se voltam para o aprendizado do aluno, no qual o docente faz da relação com os seus discentes uma constante preocupação: com os outros e com o modo que discutirá seu conhecimento de uma forma didática. O último atributo, mas não menos fundamental, é o saber prático, originado da experiência profissional docente, constituído por princípios de conhecimentos adquiridos como aluno e com os alunos, como profissional da sua área específica, da troca de experiências com outros profissionais, das suas vivências e crenças pessoais (VARGAS, 2009). Todas as condições de ensino necessitam a certificação do aprendizado: por parte do aluno a respeito do conteúdo, por parte do professor a respeito do aluno. A essa certificação entende-se como avaliação, embora seja mais praticada focando-se no segmento 'por parte do professor a respeito do aluno'.

Na área da saúde, é requisitado ao aluno aprender a fazer. Pouca importância é referida seja ao aprender a conhecer como ao aprender a ser ou a viver em comunhão com os pares, como apontados nos quatro pilares da educação do relatório da UNESCO para o século XXI (DELORS, 1998). Educação é sempre uma 'aventura' coletiva de partilha: de afetos e sensibilidades, de conhecimentos e saberes, de expectativas e experiências, de atitudes e valores de sentidos de vida (ALVES, 2002). Luckesi (2014) utiliza a expressão 'ato amoroso' para avaliação da aprendizagem escolar, expressão que caberia para a educação em geral. Ato amoroso é ato de acolhimento da situação como ela é, sem julgamentos. O acolhimento aproxima e integra, o julgamento afasta – necessita isenção para que não haja conflito de interesse. O professor necessita acolher a si próprio: entender quem é, como é, e porque chegou ali. Só assim, não despenderá energia na defesa irrestrita

de suas posições, pois ao longo da vida, acostumado às defesas, fará delas um modo permanente de viver.

Para finalizar, apenas este artigo, fica a lembrança de que as discussões nascidas do entendimento peculiar de cada um e do conhecimento prévio ou adquirido ao longo desta experiência discente na Pós-graduação passaram pelo entendimento de que a ação do professor é de ensino e de aprendizagem, e não se resume à leitura da palavra ou do texto. Como ressalta Freire (2015, p. 31), "o ser humano integrando-se a seu contexto, por nele intervir, o transforma em mundo". Só aí, então, professor e profissão docente farão sentido no desenvolvimento da sociedade.

Referências

ALVES, R. **Escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir**. Papirus Editora, 2002.

CASTANHO, M. E. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 51–61, 2002.

COSTA, N. M. S. C.; CARDOSO, C. G. L. V.; COSTA, D. C. Conceptions about the good professor of medicine. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 499–505, out./dez. 2012.

DELORS, J. **Learning:** the treasure within. Unesco, 1998.

DELPRETTE, A.; DELPRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais:** vivências para o trabalho em grupo. Petrópois: Vozes, 2001.

FREIRE, P. Carta aos professores. **Estud. av.,** São Paulo, v. 15, n. 42, p. 259–268, 2001.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GRILLO, M. C.; LIMA, V. M. R. Especificidades da avaliação que convém conhecer. In: GRILLO, M. C. et al. (Org.). **Por que falar ainda em avaliação?** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 15-21. Disponível em: < http://www.pucrs.br/edipucrs/porquefalaraindaemavaliacao.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

GRILLO, M. C.; GESSINGER, R. M. Constituição da identidade profissional, saberes docentes e prática reflexiva. **A gestão da aula universitária na PUCRS.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 35-42. Disponível em:
< http://www.pucrs.br/edipucrs/agestaodaaula.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

KRAMER, S.; SOUZA, S. J. **Histórias de professores:** leitura, escrita e pesquisa em educação. São Paulo: Ática, 1996.

LIMA, V. M. R.; GRILLO, M. C. O fazer pedagógico e as concepções de conhecimento. In: GRILLO, M. C. et al. (Org.). **A gestão da aula universitária na PUCRS.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 21-31. Disponível em:
< http://www.pucrs.br/edipucrs/agestaodaaula.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar:** estudos e proposições. São Paulo: Cortez, 2014.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita.** 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias da sua vida. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores.** Porto: Porto Editora, 1992.

PALMER, P. J. The heart of a teacher: identity and integrity in teaching. **Change: the magazine of higher learning**, San Francisco, v. 29, no. 6, p. 14-21, Nov./Dez. 1997.

PERRENOUD, P. **Ensinar:** agir na urgência, decidir na incerteza. Saberes e competências em uma profissão complexa. Porto Alegre: Artmed, 2001.

STEDILE, M. I. **O professor como gestor da sala de aula.** Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE na área de Pedagogia. Universidade Estadual de Maringá, Umuarama, 2009.

VARGAS, C. P. Resenha TARDIF, M. Saberes dicentes e formação proffissional. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002. **Instrumento: revista de estudo e pesquisa em educação.** Juiz de Fora, v.10, p. 143-145, jan./dez. 2008. Disponível em: <https://instrumento.ufjf.emnuvens.com.br/revistainstrumento/article/view/56/1925>. Acesso em: 25 jul. 2018.

Ensaios e debates

PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM FOCO

PROSPECTS FOR THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS: INTERPROFESSIONAL EDUCATION IN FOCUS

PERSPECTIVAS PARA LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL EN FOCO

Juliana Maciel de Souza Lamers[1]

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]

Resumo

A presença da educação interprofissional (EIP) nos currículos da graduação em saúde reforça as atitudes para o trabalho colaborativo em equipe, por meio de um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Este ensaio discute perspectivas para a formação dos profissionais da saúde, a partir do conceito e princípios da EIP. Está organizado em três momentos. O primeiro traz reflexões teórico-conceituais de educação interprofissional em saúde e a inter-relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), o segundo apresenta dados sobre a saúde da população brasileira e a formação médica no Brasil e o terceiro trata das possibilidades e desafios para o estabelecimento da educação interprofissional nos cursos de graduação em saúde. Os argumentos apresentados reforçam a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências de EIP na formação de profissionais da saúde, a partir da graduação e ao longo de sua trajetória profissional. Pesquisas devem ser consideradas no sentido de trazer mais conhecimento sobre como a EIP pode ser efetivamente planejada e implementada, estabelecendo seu papel em melhorar a colaboração interprofissional no trabalho em equipe e aumentar a qualidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: educação superior; currículo; relações interprofissionais; educação interprofissional; comunicação interdisciplinar; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The existence of interprofessional education (IPE) in the curriculum of health education strengths the collaborative teamwork, since it brings large acknowledgment and respect to the specificities of each profession. This essay argues perspectives for the education of health professionals based on the concept and principles of IPE. It is organized in three moments. The first presents theoretical-conceptual reflections of

[1] Pedagoga. Técnica em Assuntos Educacionais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. E-mail: juli.desouza@ufrgs.br

[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, RS. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

interprofessional health education and the interrelationship with the Unified Health System (Sistema Único de Saúde or SUS); the second presents data about the health of the Brazilian population and the medical education in Brazil; and the third approaches the possibilities and challenges for the statement of interprofessional education in health education. The arguments presented herein reinforce the relevance of the insertion of the theoretical foundations and experiences of IPE in the education of health professionals, from graduation throughout their professional career. It is still necessary more researches to understand how IPE can be effectively planned and implemented, in order to constitute its role in improving interprofessional teamwork and increasing the quality of health care.
Keywords: education, higher; curriculum; interprofessional relations; interprofessional education; interdisciplinary communication; Unified Health System.

Resumen
La presencia de la educación interprofesional en los currículos de la graduación en salud refuerza las actitudes para el trabajo colaborativo en equipo, a través de un amplio reconocimiento y respeto a las especificidades de cada profesión. Este ensayo discute perspectivas para la formación de los profesionales de la salud, a partir del concepto y principios de la educación interprofesional. Está organizado en tres momentos. El primero trae reflexiones teórico-conceptuales de educación interprofesional en salud y la interrelación con el Sistema Único de Salud (SUS), el segundo presenta datos sobre la salud de la población brasileña y la formación médica en Brasil y el tercero trata de las posibilidades y desafíos para El establecimiento de la educación interprofesional en los cursos de graduación en salud. Los argumentos presentados refuerzan la relevancia de la inserción de los fundamentos teóricos y experiencias de educación interprofesional en salud en la formación de profesionales de la salud, a partir de la graduación ya lo largo de su trayectoria profesional. Las investigaciones deben considerarse en el sentido de traer más conocimiento sobre cómo la educación interprofesional puede ser efectivamente planificada e implementada, estableciendo su papel en mejorar la colaboración interprofesional en el trabajo en equipo y aumentar la calidad del cuidado en salud.
Palabras clave: educación superior; curriculum; relaciones interprofesionales; educación interprofesional; comunicación interdisciplinaria; Sistema Único de Salud.

Considerando a educação interprofissional (EIP) como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2010, o documento intitulado "Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa", apresentando recomendações e orientações sobre a importância da mudança do modelo fragmentado predominante da formação em saúde nas instituições de ensino superior, para a formação interprofissional, visando a atuação em equipes multiprofissionais de saúde após a conclusão da graduação e inserção no mundo do trabalho. De acordo com o documento, a EIP acontece quando "estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, possibilitando uma colaboração eficaz e melhores resultados na saúde" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 7).

Ainda em 2010, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) traz a ideia de que a EIP é o processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais eficazes com alunos, profissionais, pacientes/ pessoas/famílias e comunidades para permitir melhores resultados de saúde. Nesse processo, os elementos da colaboração incluem respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parcerias (CANADIAN INTERPROFISSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Em 2013, Reeves et al. avançam na definição conceitual e estabelecem a EIP como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar das pessoas ou ambos.

A presença da EIP nos currículos da graduação reforça as atitudes para o trabalho em equipe e colaboração, por meio de um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Seu principal objetivo é a formação de estudantes de graduação na área da saúde mais preparados para a prática de trabalho interprofissional (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Segundo a OMS, "há evidências suficientes para mostrar que a EIP eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 7). Nessa perspectiva, práticas interprofissionais (PIP) nos serviços de saúde tendem a aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas de saúde com qualidade, evitando omissões ou duplicação de cuidados, adiamentos ou longas esperas desnecessárias. O trabalho interprofissional também tem potencial para melhorar e ampliar a comunicação entre os profissionais da saúde, facilitar a compreensão do papel específico de cada área de formação e as áreas de atuação em comum, flexibilizando os papeis profissionais, "[...] possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa" (PEDUZZI et al., 2013, p. 978).

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, cujas ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198). Já o inciso III do artigo 200 explicita que a compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. É importante ressaltar os aspectos legais acima citados para que se possa dimensionar a necessidade de mudança na formação em saúde buscando atender não só o que está disposto na legislação, mas, principalmente, responder às necessidades de saúde da população, uma vez que o SUS, responsável por ordenar a formação, é interprofissional (PEDUZZI, 2016).

Na Atenção Básica à Saúde, porta de entrada no sistema para o usuário, profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros e dentistas atuam no atendimento às famílias e comunidades (BRASIL, 2012). Essas unidades devem ser apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com o trabalho de psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros profissionais de nível superior em saúde. Todos deveriam ser capazes de atuar numa perspectiva interprofissional e colaborativa para o cuidado integral das necessidades dos usuários do SUS.

Programas de incentivo a mudanças na formação já foram propostos pelo Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde foi elaborado visando aproximar a formação em nível de graduação às necessidades da atenção básica de saúde, principalmente a estratégia de saúde da família, tendo em vista que o "distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde" (BRASIL, 2005, p. 5). Além disso, a educação e as práticas fragmentadas em saúde provocam fragmentação também do cuidado, além de corporativismo profissional, "de modo que os futuros profissionais da saúde são formados para ter o domínio dos saberes técnico-científicos que muitas vezes não abrangem esferas interdisciplinares e comunicativas/interativas" (PEDUZZI et al., 2013, p. 980). Exemplo são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos na área da saúde. Apesar das DCN de todos os cursos da saúde trazerem no texto competências gerais comuns a um profissional da saúde, não explicitam a possibilidade de seu desenvolvimento em conjunto pelas diferentes profissões. Tal cenário começa a mudar com as novas DCN do curso de Medicina, aprovadas em 2014 pelo Conselho Nacional de Educação. O artigo 5º, inciso IX, diz que a formação deve possibilitar

> cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho **interprofissional**, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado (BRASIL, 2014, p. 2, grifo das autoras).

Acrescenta-se ao contexto favorável, o oferecimento de disciplinas integradoras que envolvem estudantes e professores de diferentes cursos em atividades de ensino curriculares na graduação (TOASSI; LEWGOY, 2016) e promovem compartilhamentos e estranhamentos a partir de diferentes percepções, agregando aprendizagens à formação relativas ao conhecimento sobre as diferentes profissões da saúde e organização do trabalho em equipe pautado na colaboração (ELY, 2017).

A instituição do programa do Governo Federal com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS – 'Mais Médicos' – também precisa ser considerado nesse contexto de mudanças na formação em saúde e, de modo especial, na educação médica. O programa foi instituído em 2013 e é considerado como precursor da revisão das DCN para a graduação em Medicina, afirmando a centralidade da formação na Atenção Básica e na rede de atenção à saúde no SUS e o aperfeiçoamento da integração ensino-serviço-comunidade (CYRINO et al., 2015).

Os avanços alcançados com a política do 'Mais Médicos' são reconhecidos pela proposição de melhoria da qualidade da política pública de saúde e do SUS, principalmente em ações tais como a contratação de 10.000 médicos para a Atenção Básica, lotados em regiões de grande vulnerabilidade social, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia das grandes cidades; o aumento do estágio em atenção primária durante a formação médica e o aumento de vagas nos cursos de residência. São fortes, porém, as críticas com relação à contratação provisória dos profissionais, o que impossibilita a criação de vínculo entre equipe e com os usuários; a proposta de aumento do tempo para o curso de Medicina para contemplar mais formação em Atenção Básica, quando esta formação poderia ocorrer no primeiro ano de residência se essa fosse realizada compulsoriamente, para todos, na Atenção Básica; além do grande aumento de vagas proposto para a graduação em Medicina, curso que até pode precisar de mais vagas, mas é um número que precisa ser planejado com cautela e principalmente oferecido em instituições públicas (CAMPOS, 2013).

Em relação ao número de médicos no Brasil, estudo sobre a Demografia Médica realizado em 2015 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Saúde Paulo (USP), com o apoio do Conselho Federal de Medicina, mostrou a existência de 432.870 registros de médicos, o que corresponde à razão nacional de 2,11 médicos por grupo de 1.000 habitantes. Considerando a abertura de novos cursos anunciado pelo governo federal e a perspectiva de crescimento populacional, o número de médicos formados tende a aumentar a cada ano.

> A tendência é que a população de médicos continuará crescendo mais que a população em geral do Brasil. Entre 1940 a 1970, a população cresceu 129,18% e o número de médicos, 184,38%. De 1970 a 2000, o total de médicos saltou 394,84% e a população, 79,44%. De 2000 a 2010, o efetivo médico subiu 24,95% contra um aumento populacional de 12,48%. Em 2014, enquanto a taxa de crescimento dos médicos foi de 14,9%, a da população foi de 5,4% (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, p. 1).

No que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, na qual analisou as condições de saúde da população brasileira e observou que apenas 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico). Ou seja, a maior parte da população brasileira depende do SUS para atendimento integral de suas necessidades de saúde. Com relação à busca por atendimento de saúde, 47,9% informou que tinha o hábito de procurar a Unidade Básica de Saúde quando precisava de atendimento de saúde. Consultório particular ou clínica privada foi indicado por 20,6% das pessoas; 11,3% indicaram unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público e 10,1% procuram o hospital público ou ambulatório (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Nota-se que as instituições públicas de atendimento à saúde

destacam-se enquanto referência para a maioria da população na busca por cuidados em saúde (quase 70% da população).

Olhando para a síntese dos indicadores sociais do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015) constata-se que, apesar da redução na desigualdade econômica observada no Brasil entre 2001 e 2014, aproximadamente 60% das famílias brasileiras viviam, em 2014, com até um salário mínimo per capta. Tal condição vai influenciar na busca dessas pessoas por serviços de saúde, as quais estão na dependência do SUS para ter suas necessidades atendidas.

Estes dados corroboram com a necessidade de que as mudanças na formação em saúde estejam voltadas não só para o aumento do número de profissionais graduados, mas também para o conhecimento e experiências sobre o/no SUS. A mudança no processo de formação, entretanto, não é um projeto simples de ser conduzido. Estudo publicado em 2007 verificou, por meio da análise na literatura sobre educação médica, que os principais fatores limitantes das mudanças na formação são a desvalorização das atividades de ensino frente à supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a fragilidade na formação pedagógica do professor de medicina, a resistência docente a mudanças e o individualismo dos professores universitários (COSTA, 2007). Tais desafios não são específicos dos cursos de Medicina e podem ser observados nas instituições de formação dos demais profissionais da saúde.

Não há dúvida de que o fortalecimento do SUS nas últimas décadas, o que incluiu a evolução das equipes de Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, entre outros (SOUZA; COSTA, 2010), trouxe avanços na educação dos profissionais da saúde pela possibilidade da integração ensino-serviço-comunidade, a qual oportunizou atividades curriculares obrigatórias de ensino nos serviços de saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016; TOASSI et al., 2013). Apesar dos avanços, não se pode desconsiderar que há um longo caminho entre o estabelecimento de uma diretriz curricular compartilhada entre os cursos da saúde, sua concretização por meio de mudanças curriculares e, por fim, a formação de profissionais com novo perfil.

Fatores podem levar às mudanças de uma formação fragmentada para um modelo de formação interprofissional. O primeiro deles seria a pressão por parte dos serviços de saúde que recebem os estudantes no período de formação, durante seus estágios obrigatórios. Sendo os trabalhadores da saúde coparticipantes do processo de formação dos futuros profissionais, possuem papel fundamental tanto na construção do processo formativo quanto na cobrança para que esta formação cumpra o seu papel e esteja voltada às necessidades de saúde da população. O segundo pode estar na alteração das DCN dos demais cursos da saúde, além da Medicina, mas impulsionados

por ela, para incorporar a educação interprofissional como um ponto forte em seus currículos. Com isso, estratégias de integração entre os cursos deverão ser pensadas, como a divisão dos alunos em turmas com número adequado ao ensino por tutoria e adaptação dos tempos curriculares para que os cursos possam desenvolver atividades em comum ao longo da formação (REEVES, 2016).

A formação interprofissional deve ser desenvolvida com o uso de metodologias de ensino-aprendizagem que extrapolem o formato tradicional da sala de aula. Seminários, observação, simulação, aprendizado baseado em problemas e na prática clínica são exemplos de tais metodologias (REEVES, 2016).

A intenção não é a substituição da educação uniprofissional, onde as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, mas sim, a complementação das atividades curriculares a partir da inclusão da perspectiva interprofissional nos cursos da saúde, pretendendo melhorar a prática colaborativa no trabalho em equipe (BARR et al., 2005).

Outro aspecto a ser pensado é a formação de professores nos cursos de pós-graduação do país. Para provocar mudanças na graduação será necessário também tratar da educação dos professores que formam esse futuro profissional da saúde. Tanto a formação inicial, em nível de pós-graduação, quando na educação permanente ao longo da carreira docente. Uma tarefa extremamente difícil, considerando os obstáculos já apresentados por Costa (2007). Critérios de avaliação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) podem ajudar na indução de mudanças na formação, valorizando e formando, em nível de pós-graduação, profissionais que dominem métodos interativos de aprendizado, com segurança e vivência no trabalho com grupos interprofissionais.

O SUS é interprofissional e precisa de profissionais capazes de atuarem e qualificarem esse sistema conhecido internacionalmente por responder às necessidades de saúde da população em uma abordagem integral, articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. É um cenário que requer "atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico [...] daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais" (PEDUZZI, 2016, p. 200).

Os princípios de uma atuação profissional voltada para promoção, prevenção e recuperação da saúde devem ser vistos para além da atuação no SUS. Profissionais atuantes na iniciativa privada de forma comprometida com a saúde integral de seus pacientes devem ter habilidades e competências para desenvolverem um trabalho integrado em relação a todas as profissões que compõem o cuidado em saúde.

Por todos os argumentos apresentados, defende-se a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências de educação interprofissional na formação de profissionais da saúde, a partir da graduação e ao longo de sua trajetória profissional.

Pesquisas devem ser desenvolvidas buscando conhecer como a EIP pode ser mais efetivamente planejada e implementada, estabelecendo seu papel em melhorar a colaboração interprofissional no trabalho em equipe e aumentar a qualidade do cuidado em saúde.

Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas; Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-182, mar. 2011.

BARR, H. et al. **Effective interprofessional education:** arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília, 2014.

CAMPOS, G. W. S. A saúde, o SUS e o programa "Mais Médicos". **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/07/a-saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. College of Health Disciplines. University of British Columbia. **A national interprofessional competency framework.** Vancouver, Canadá, Feb. 2010. Disponível em: < https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica 2015**: População médica cresce mais que a geral, mas persistem desigualdades na sua distribuição. Brasília: 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2586>. Acesso em: 14 jul. 2018.

COSTA, N. M. S. C. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CYRINO, E. G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2015.

ELY, L. I. **Vivência multiprofissional na graduação em cenários de prática do sistema único de saúde:** a potencialidade para a educação interprofissional. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 116f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra: 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ Acesso em: 17 jul. 2018.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, n. 47, v. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface comun. saúde educ**., Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comun. saúde educ**., Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TOASSI, R.F.C. et al. O ensino nos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação de profissionais de saúde no Brasil. **Interface comun. saúde educ**., Botucatu, v. 17, n. 45, p. 385-392, abr./jun. 2013.

TOASSI, R. F. C; LEWGOY, A. M. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface comun. saúde educ**., Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, abr./jun. 2016.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016.

Ensaios e debates

A SAÚDE NAS CIDADES: NOVA PERSPECTIVA, NOVOS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

HEALTH IN CITIES: A NEW PERSPECTIVE, NEW CHALLENGES FOR VOCATIONAL TRAINING

LA SALUD EN LAS CIUDADES: NUEVA PERSPECTIVA, NUEVOS DESAFÍAS PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Maria Inês Reinert Azambuja[1]

Roger dos Santos Rosa[2]

Aloyzio Cechella Achutti[3]

Alzira Maria Baptista Lewgoy[4]

Bruno Luis de Oliveira Martins[5]

Leonardo Thomaz Sauter[6]

Resumo

Este artigo revisa aspectos históricos relacionados aos temas 'Saúde Urbana' e 'Saúde e Desenvolvimento', dada a proposta de implementação, desde 2015, da agenda Global de Desenvolvimento Sustentável, e apresenta algumas reflexões sobre os desafios que vislumbramos para a formação de profissionais para a promoção da saúde nas cidades.

Palavras-chave: saúde urbana; cidades; formação profissional; ensino; indicadores de desenvolvimento sustentável.

Abstract

This article reviews historical aspects related to the themes 'Urban Health' and 'Health and Development', given the proposal for the implementation of the Global Sustainable Development

[1] Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-Coordenadora do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: azambuja.mi@gmail.com

[2] Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Coordenador do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

[3] Professor aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Membro da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina. Integrante do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: achutti@gmail.com

[4] Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Integrante do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: alzira.lewgoy@ufrgs.br

[5] Acadêmico de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Bolsista de Extensão do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: brunooliveira.m@hotmail.com

[6] Acadêmico de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Bolsista de Extensão do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: sauterleonardo@ufrgs.br

Agenda since 2015, and presents some reflections on the challenges we are facing for the formation of professionals in health promotion in cities.
Keywords: urban health; cities; cities; professional training; teaching, sustainable development indicators.

Resumen
Este artículo revisa aspectos históricos relacionados con los temas 'Salud Urbana' y 'Salud y Desarrollo', dada la propuesta de implementación, desde 2015, de la agenda global de desarrollo sostenible, y presenta algunas reflexiones sobre los desafíos que vislumbra para la formación de profesionales para la promoción de la salud en las ciudades.
Palabras-clave: salud urbana; ciudades; capacitación professional; enseñanza; indicadores de desarrollo sostenible.

Introdução

> [...] during recent decades, public health practitioners have been co-opted by government into guiding service provision in increasingly bankrupt health systems. They have become the actuaries of efficiency, the accountants of decline. They have traded their critical perspective for collusion with a state whose coercive policies have abjured all notions of the right to health. [...] the science of public health has shrouded itself within the worm-eaten veneer of a medical model of disease that has long failed to meet the objectives of equity and justice (HORTON, 2017, p. 14).

A Agenda para o Desenvolvimento Após-2015, lançada em 2012 pelas Nações Unidas (UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUN, 2013), compromete com sua execução as organizações multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), e seus países membros. A agenda tem dois objetivos centrais: 1*)* completar a tarefa de atingir os Objetivos do Milênio (ODM) onde isto não aconteceu; e 2) promover o desenvolvimento sustentável. No centro do debate estão as questões urbanas: a erradicação da pobreza e da segregação urbana, e o desenvolvimento urbano com sustentabilidade social e ambiental.

Uma das formas de avaliar a sustentabilidade do desenvolvimento econômico é tornar a produção de mais saúde um de seus objetivos.

Este artigo revisa aspectos históricos relacionados aos temas 'Saúde Urbana' e 'Saúde e Desenvolvimento' e a evolução das agendas econômicas atuais com impacto na área da Saúde Pública, conta um pouco da experiência responsável pela visão que delineamos neste artigo, e apresenta algumas reflexões sobre os desafios que vislumbramos para a formação de profissionais adequados à promoção de desenvolvimento e saúde nas cidades.

Século XX: urbanização e ascensão e queda da agenda das 'desigualdades sociais e a saúde' no Brasil

O reconhecimento de associação entre condições de saúde e condições ambientais e de vida é muito antigo. Hipócrates já ensinava aos médicos itinerantes de então sobre como poderiam predizer o padrão de adoecimento de sua população ao chegarem a um novo povoado, pela observação dos ares, águas e lugares (BUCK et al., 1988).

Em períodos de intensificação da urbanização, o crescimento econômico sempre se acompanhou de piora dos 'ares, águas e lugares' das cidades, e de exposição da população socialmente mais vulnerável às situações mais nocivas, com reflexos no nível e distribuição de adoecimento e mortes.

Nos 100 anos que se seguiram à Revolução Industrial, as populações de Londres e Paris cresceram 5 vezes e a de Berlim 10 vezes (CAIRNS, 1997). Entre 1820 e 1845, Villermé, na França, e Chadwick e Engels, na Inglaterra, fizeram descrições detalhadas tanto do desenvolvimento econômico como do agravamento das condições de vida e de saúde dos trabalhadores (AZAMBUJA et al., 2006; BIRN, 2009). Além das epidemias de cólera (SNOW, 2002), a tuberculose, a pneumonia e a influenza respondiam pela maior mortalidade entre os adultos (CAIRNS, 1997). A mortalidade infantil era um marcador sensível das diferenças sociais e ambientais. Quer fossem comparados o campo e a cidade, quarteirões de classe média e quarteirões pobres, ou distritos de baixa e alta densidade populacional, a mortalidade infantil era sempre maior nos segundos (MUMFORD, 1970).

Nos EUA, o impacto da urbanização sobre as condições de vida também pode ser avaliado pela evolução da mortalidade infantil em Nova York: em 1810, 145/1000 nascidos vivos, em 1850, 180/1000, em 1860, 220/1000 e em 1870, 240/1000 (MUMFORD, 1970).

Na América Latina, o processo de urbanização acelerou-se a partir da década de 50 e já na década de 60 inverteu a relação entre população rural e urbana na região. No Brasil, a população urbana passou de 12 milhões em 1940 para 138 milhões em 2000 (AZAMBUJA et al., 2011). As capitais dos Estados, e especialmente São Paulo, passaram a concentrar grandes contingentes populacionais. Entre 1940 e 2010, Porto Alegre cresceu 5,6 vezes em termos populacionais – tendo que acomodar 1,24 milhões de pessoas além das 270 mil residentes em 1940. O município de São Paulo cresceu 8,4 vezes, passando de 1,3 para 11,2 milhões de habitantes em 70 anos.

Comparativamente, as cidades brasileiras superaram as cidades europeias em tamanho e velocidade do crescimento populacional. E com o agravante de, na década de 80, a população migrante e seus filhos e netos terem enfrentado uma situação de profunda estagnação econômica – a chamada 'década perdida'. A renda per capita de países da América Latina e Caribe diminuiu 0,7% ao ano, 10% na década (MIRANDA et al., 2011) e, no Brasil, a recuperação econômica só mostrou mais sustentabilidade nos últimos 10 anos.

Na década de 70, em meio a este processo de urbanização acelerada, pesquisadores brasileiros começam a descrever a correlação entre indicadores econômicos e sociais (PIB, concentração de renda, salário mínimo real, nível de educação) e indicadores de saúde (TAMBELLINI-AROUCA, 1978), especialmente a mortalidade infantil (LESER, 1972; YUNES; ROSCNCHEZEL, 1974), a esperança de vida ao nascer (SINGER et al., 1977) e as taxas de acidentes de trabalho (TAMBELLINI-AROUCA, 1977). Em 1979 já se reconhecia que o excesso de mortalidade da população em desvantagem social não se restringia às doenças infecciosas – 'doenças da pobreza' - mas ocorria também por condições crônicas (doenças do coração e câncer), até então, supostamente associadas a "estágios superiores de desenvolvimento econômico" (TAMBELLINI-AROUCA, 1978, p. 150).

No Rio Grande do Sul, o primeiro estudo brasileiro sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares na população adulta, realizado em 1978, também mostrou desigualdades sociais na distribuição das ocorrências (ACHUTTI; MEDEIROS, 1985; COSTA, 1981). Na década de 80, Victora et al. (1986) descreveram a associação entre estado nutricional de crianças e diversas variáveis sociais (renda familiar, educação do pai, da mãe, emprego, número de irmãos, etnia) e ambientais (habitação, aglomeramento, água tratada, esgoto). Guimarães e Fischmann (1986) mostraram a diferença na mortalidade infantil entre favelados (75,5/1000 nascidos vivos) e não favelados (25/1000) na cidade de Porto Alegre, capital então com uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do Brasil (36,4/1000). E Barcelos et al. (1986), em um estudo sobre segregação urbana e a mortalidade em Porto Alegre, também mostraram a associação de mortalidade cardiovascular precoce e mortalidade por doenças infecciosas e do aparelho respiratório em áreas de moradias precárias, o que colocava em xeque a concepção então vigente de serem as doenças cardiovasculares doenças da modernidade.

Contudo, depois desta leva de investigações realizadas nos anos 70 e 80, os estudos sobre as desigualdades sociais e a saúde praticamente desapareceram da agenda de pesquisa no Brasil.

Em um relato autobiográfico publicado em 2005, Campos (2005, p. 122) menciona a perda do que ele chamou de *pathos* característico do sanitarista da geração formada nos anos 70-80: "uma paixão pela vida, pelo desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e ... de dedicação a causas sociais e humanitárias". Segundo Campos (p. 141), com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a vitória da criação do SUS (Constituição, 1988, Lei Orgânica do SUS 1990) – seguidos quase imediatamente pelo ajuste neoliberal que se inicia no Brasil com Collor de Mello (1992) - há um declínio do *pathos* original frente ao "poder avassalador deste novo modo de encarar a vida, um descompromisso radical com tudo que não seja interesse próprio, ...".

Talvez seja apenas coincidência, mas a última grande manifestação da Saúde Coletiva Brasileira sobre o tema das Desigualdades Sociais e a Saúde deu-se exatamente no Primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 1990 – cujo tema foi 'Epidemiologia e Desigualdades Sociais: os desafios do final do século'. O Congresso marca o início da hegemonia da Epidemiologia na área da Saúde Pública brasileira, momento de "implantação e consolidação de cursos de Pós-Graduação e com uma demanda crescente para cursos de especialização e capacitação de pessoal dos serviços" (ABRASCO, 1990, p. 15). O alinhamento progressivo dos cursos de pós-graduação com as linhas de pesquisa e métodos hegemônicos nos países economicamente dominantes e as demandas da assistência no SUS modificaram a formação das próximas gerações de especialistas em saúde pública, que se tornaram mais focados em epidemiologia de doenças crônicas, epidemiologia clínica e em menor escala, gestão de serviços de saúde. As desigualdades sociais e seus efeitos sobre a Saúde, que não estavam no radar da epidemiologia nos países centrais, tornaram-se um tema esquecido também no Brasil, apesar de durante todo o período termos merecido, em vários momentos, o título de campeões das desigualdades sociais, no mundo!

Século XXI e as agendas globais: determinantes sociais, macroeconomia e saúde urbana

A reintrodução da preocupação com as desigualdades sociais na área da Saúde Pública brasileira ocorreu apenas em 2005-2006 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006), e a partir de debate iniciado fora (KRIEGER; CHEN; EBEL, 1997; LYNCH et al., 2000; MARMOT; WILKINSON, 2001), mas em seguida incorporado à agenda global (MARMOT, 2005; MARMOT et al., 2008). A criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS em 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), liderada por Michael Marmot, estimulou a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde no Brasil em 2006 (BUSS, 2006), liderada por Paulo Buss, mas durante todo o período, mesmo o Brasil tendo sido escolhido como sede da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OS HEALTH, 2011), o tema das desigualdades sociais e a saúde foram tratados aqui de forma periférica.

A outra perspectiva que emergiu quase simultaneamente a dos Determinantes Sociais da Saúde nos países centrais e mais cedo se constituiu como Comissão na OMS, foi a da Macroeconomia e a Saúde (SACHS, 2001). Foi deste grupo a proposta dos Objetivos do Milênio (ODM). Pela objetividade dos indicadores e das metas a eles associadas – que não requeriam modificação na estrutura de poder para serem atingidas – os ODM conseguiram mais engajamento tanto da sociedade civil (PORTAL ODM, 2014; ONU, 2000) como de governos (ODM BRASIL, 2000), que se sentiram

tendo que prestar contas e temerosos da comparação internacional. Entretanto, a Agenda dos ODM, pelo menos no Sul, pouco engajou a academia no debate.

A abordagem das desigualdades pelo viés da Saúde Urbana também se iniciou na virada para o século XXI, a partir do reconhecimento da importância crescente da urbanização como uma força motora transversal determinando a saúde e o desenvolvimento (CORBURN; COHEN, 2012; MCMICHAEL, 2000).

A agenda da Saúde Urbana ampliou a perspectiva da iniciativa anterior, canadense, das Cidades Saudáveis (RUMEL et al., 2005), que enfocava principalmente a promoção da saúde por educação e outras intervenções voltadas ao controle de fatores de risco para doenças crônicas. Esta ampliação deu-se, inicialmente, pela incorporação da perspectiva dos determinantes sociais da desigualdade em saúde (o Centro Colaborador da OMS sediado em Kobe, Japão, foi escolhido em 2005 como hub para a rede de conhecimentos sobre ambientes urbanos da Comissão de Determinantes Sociais da OMS). Mas o crescimento urbano acelerado na China, Índia e África, o temor dos efeitos deste crescimento sobre a sustentabilidade ambiental, e também o reconhecimento das oportunidades de negócios propiciada por esta nova onda de urbanização (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012) acabaram por colocar a Saúde Urbana (tema anual da OMS em 2010) no centro da discussão sobre saúde e desenvolvimento, como demonstra a agenda para o Desenvolvimento Após-2015 (RYDIN et al., 2012; UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUM, 2013).

A experiência do Rio Grande do Sul – O Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades da UFRGS

Histórico

O Programa Saúde Urbana da UFRGS (AZAMBUJA et al., 2011; PROGRAMA SAÚDE URBANA, AMBIENTE E DESIGUALDADES, 2010) tem pelo menos duas raízes históricas: (i) a colaboração com a OPS/OMS na área da prevenção de doenças cardiovasculares (DCV) e promoção da saúde desde o final da década de 70, liderada por um dos autores (Achutti), e (ii) o que Gastão Campos chamou de *pathos* dos sanitaristas formados nas décadas de 70 e 80 - 'desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e ... de dedicação a causas sociais e humanitárias (ACHUTTI; MEDEIROS, 1985, p. 122)', aliado ao fato de alguns de nós (Azambuja e Rosa) estarmos em um Departamento denominado de 'Medicina Social', o que também tem significado histórico.

Em 2005, o professor Steve Leeder, que com outros lutava por incluir a prevenção das Doenças Cardiovasculares na Agenda Global - já que não havia sido contemplada pelos ODM -

contactou o professor Aloyzio Achutti para uma colaboração. Leeder et al. (2004) haviam acabado de publicar um livro influente globalmente, chamado *A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies* (LEEDER et al., 2004), comissionado pelo Earth Institute (promotor da vertente da Macroeconomia e Saúde). A proposta era contribuir com o braço brasileiro de um estudo sobre custos econômicos das doenças cardiovasculares (DCV) em 4 países de renda média – Brasil, África do Sul, China e Índia. A tarefa foi aceita e o trabalho realizado (AZAMBUJA et al., 2008). Contudo, estando atentos à retomada da perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde no nível global (MARMOT, 2005), o grupo gaúcho decidiu documentar as disparidades sociais nas ocorrências de DCV, um aspecto não considerado no projeto macroeconômico original e que, a nosso ver, precisaria ser contemplado num país como o Brasil (o *pathos* dos antigos sanitaristas se manifestando...). Mais: entendíamos que ambas as abordagens eram necessárias e deveriam ser integradas (AZAMBUJA et al., 2006; BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008).

Em 2008, mostramos que, estratificando os bairros da cidade de Porto Alegre por uma medida sumária de indicadores sociais selecionados, as taxas de mortalidade precoce (antes dos 65 anos) por DCV eram até três vezes maiores em bairros classificados no quartil inferior comparado ao quartil superior da distribuição. Chamamos a atenção, desde o título do artigo (...'da evidência à ação') para a necessidade de os tomadores de decisão política usarem esta informação para a planificação da ação (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). Essa mesma linha de inquérito sociogeográfico resultou em outras publicações mostrando disparidades em hospitalizações (MOTA, 2009) e mortalidade (AZAMBUJA; BASSANESI; ACHUTTI, 2009) por doenças respiratórias, prevalência de tuberculose (ACOSTA; BASSANESI, 2008) e expectativa de vida média (BASSANESI, 2012) entre os bairros da cidade estratificados por condições sociais.

Estes estudos foram instrumentais para a posição crítica que o grupo adotou com relação à redução de desigualdades de saúde via assistência médica. Entendíamos que, para enfrentarmos as desigualdades em saúde, precisaríamos investimento ambiental e social nas nossas cidades - uma recuperação da perspectiva da Medicina Social da metade do século XIX na Europa, mas que precisaria ser atualizada e contextualizada para o Brasil (e a Região) dos dias atuais e debatida amplamente.

Visão: do diagnóstico à ação

Com a globalização, a desigualdade em saúde entre e dentro dos países (e das cidades) crescentemente resulta de iniciativas transnacionais que envolvem atores com diferentes interesses e graus de poder: estados, corporações transnacionais, sociedade civil e outros (OTTERSEN et al.,

2014). Mas sem desconhecer isto, e nem que este novo campo da Saúde Urbana também esteja sendo impulsionado pela agenda econômica global (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012), parece-nos que o foco no urbano tenha a vantagem de trazer de volta "o contexto" (espaço/território X tempo/história) num nível de organização social onde 'existe possibilidade de decisão política' – a cidade – e se pode pleitear passar do diagnóstico à ação.

Birn (2009), em artigo em que debate a questão da ação para efetivar mudanças nos determinantes sociais da saúde, faz uma comparação que nos interessa muito hoje sobre como, a partir do mesmo diagnóstico de associação entre a pobreza e o adoecimento a que chegaram os estudos de Villermé, Chadwick e Engels na Europa do século XIX, cada um aponta caminhos diferentes para lidar com ele: Lassez-faire, Reforma e Revolução.

Louis-René Villermé (1782–1863), cirurgião francês e pesquisador social, demonstrou em estudo publicado em 1826, que os padrões de mortalidade em Paris se correlacionavam quase perfeitamente com as taxas de pobreza: quanto mais pobre a vizinhança maior a mortalidade. Entretanto, como liberal e defensor do livre mercado, Villermé se opunha a políticas públicas de melhoria social. Via a pobreza como falha pessoal que deveria ser superada tanto por esforço individual como pelo avanço da industrialização capitalista. Propunha então o laissez-faire, e eximia a burguesia da necessidade de combater a miséria e a desigualdade, seja por medidas sanitárias ou por políticas de bem-estar social.

Friedrich Engels (1820-1895), filho de um industrial alemão, publicou *The Condition of the Working Class in England* em1845, em que descrevia as mesmas desigualdades sociais na saúde e a opressão e sofrimento dos trabalhadores. Mas sua chamada para a ação foi revolucionária. Após sua participação na elaboração do manifesto comunista de 1848 (há controvérsias sobre como), colaborou com Marx pelos próximos 40 anos.

Edwin Chadwick (1800-1890), advogado, utilitarista e servidor público, fez ele próprio o mesmo diagnóstico em um grande estudo que publicou em 1842 denominado *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, e a partir dele propôs uma Reforma Sanitária. E esse foi o caminho trilhado...

O racional da proposta de desenvolvimento urbano sustentável tem muitas semelhanças com a percepção utilitária de Chadwick. Quando se fala em desenvolvimento sustentável, entende-se a que a saúde seja tanto um pré-requisito (saúde para o desenvolvimento) como uma finalidade (desenvolvimento para a saúde). E neste sentido, está justificado que se defenda a melhoria da saúde como direito humano individual, mas também como um bem coletivo, com potencial de gerar melhoria nas condições de vida de todos.

Investirmos no reconhecimento público do valor da saúde coletiva para o desenvolvimento social é um requisito para que a produção da saúde se torne prioridade de Estado. Foi este o esforço que Chadwick realizou em sua época: convencer servidores públicos civis, homens de negócio e legisladores que melhorar a saúde dos trabalhadores ingleses era uma questão de Estado; que doença e pobreza estavam colocando um limite ao crescimento da Inglaterra, e que (também) por isto precisavam ser superadas. E propor para isto uma agenda de reforma sanitária urbana - drenagem e disposição de esgotos, melhoria no suprimento de água e coleta de lixo (possivelmente também capaz de mobilizar o interesse dos homens de negócio) - que se consolidasse através de melhoria na legislação, a partir de decisão do poder econômico e político dominantes (BIRN, 2009).

A importância do contexto: reforma urbana na Inglaterra do século XIX e no Brasil do século XXI

A solução defendida por Chadwick na Inglaterra do século XIX - investimento em reforma urbana como motriz do desenvolvimento social e da melhoria nas condições de saúde da população - seria talvez a estratégia óbvia para o Brasil e todos os países menos desenvolvidos hoje se, como a Inglaterra, fôssemos os donos do nosso destino. Contudo, a reforma urbana como estratégia de promoção da saúde tem hoje competidores que não existiam no século XIX: o complexo médico-industrial e sua estratégia de promoção da saúde via atenção médica individual.

Vivemos num sistema de mercado global onde os fluxos de bens, pessoas, dinheiro, informação, ideias e valores são cada vez maiores e em boa parte determinantes das agendas e possibilidades dos diferentes atores (estados, corporações transnacionais, sociedade civil e outros) (OTTERSEN et al., 2014; YACH; BETTCHET, 1998). As grandes empresas transnacionais concentram enorme poder econômico, que elas usam para influir em processos de governança e mercados globais, de forma a garantir seus interesses. Ottersen et al. (2014) apresentam alguns números que nos permitem comparar o poder das corporações transnacionais com o dos estados nacionais. Das 184 economias para as quais o Banco Mundial dispunha de dados sobre o Produto Interno Bruto (PIB) em 2011, 124 apresentavam PIB menor do que US$ 100 bilhões. Já a capitalização de mercado das 5 maiores empresas de bebidas era de US$ 600 bilhões e das 5 maiores empresas farmacêuticas, de US$ 800 bilhões. Em 2013, a Fundação Bill e Melinda Gates contabilizava um fundo de mais de US$ 36 bilhões, ou seja, poder econômico suficiente para influir na agenda global e direcionar esforços e ação para as suas prioridades (OTTERSEN et al., 2014).

Nada disto é novidade. Em artigo introdutório à publicação 'Saúde e Medicina no Brasil: contribuição a um debate', organizada por Guimarães (1978) - publicação que merece ser lida especialmente pelas novas gerações, Fiori (1978) já escrevia:

> Fora da compreensão da estrutura e dinâmica da acumulação capitalista recente, condicionada e condicionante das relações entre o Estado e a Sociedade, [...] não é possível uma autêntica compreensão do que se passa com a Medicina e a Saúde brasileiras (p. 19). [...] É no campo da Saúde Pública que a acumulação dá-se mais claramente nas atividades-meio. Pelo consumo de vacinas importadas, quimioterápicos, pesticidas, etc. As decisões sobre políticas de controle e erradicação são fortemente influenciadas por tais articulações no complexo médico-industrial (p. 25).

Um exemplo claro da competição entre promoção da saúde via reforma urbana e via medicalização foi a decisão de prevenir a cólera na Índia utilizando, ao invés de investimento em água potável e saneamento – 'mais difíceis' - a vacina Shancol, desenvolvida em colaboração com o *International Vaccine Institute e Vabiotech* e aporte da Fundação Bill e Melinda Gates para testes de eficácia (60% de eficácia em regime de dose única). A vacina foi licenciada em 2009 e é produzida na Índia em laboratório de empresa local adquirida pela SANOFI em operação contestada judicialmente pela Índia em 2010 e resolvida a favor da multinacional em 2013 (FERRIE, 2013).

Para os que acreditam que seria preferível investir na produção de boa saúde (através de boa alimentação, saneamento, habitação, transporte, emprego e renda...) mais do que na medicalização, nem tudo está perdido, porque há interesses concorrentes dentro do próprio capital internacional. E talvez por ver o quanto as indústrias farmacêutica e da saúde de um modo geral estão lucrando em nossos países, outros setores tem se mobilizado para também venderem soluções por aqui. (Parece-nos que esta seja a leitura que devamos fazer sobre a agenda da ONU para o desenvolvimento urbano sustentável após 2015).

Passamos então a 'ter opções'... Mais remédios e mais seguro-saúde (JAMISON et al., 2013) ou mais infraestrutura e serviços em saneamento, transporte, habitação, educação (RYDIN et al., 2012). Economistas podem falar mais apropriadamente sobre o assunto, mas nos parece que, mesmo mantendo intocadas as relações de poder que produzem as desigualdades em primeiro lugar, e ainda que comprando tecnologias e serviços do exterior nos dois casos, no segundo, além do benefício direto das obras de infraestrutura para quem não tem, haveria mais diversificação de investimentos, possibilidade de investimento local concorrente e novas frentes de trabalho que ajudariam a melhorar qualificação, o nível salarial e com isto a saúde da população urbana.

Reflexões

Como promover a agenda da Saúde Urbana? Os desafios são muito grandes pois ganhos em Saúde neste caso seriam resultado de ações que estão fora do controle do setor saúde. Aos promotores da Saúde Urbana caberia sensibilizar tomadores de decisão com relação à importância de colocar Saúde em todas as políticas (CORBURN, 2013) ou seja, investir em promover a equidade não só nas

políticas de saúde, mas através de todas as políticas sociais, econômicas e ambientais, e monitorar seus resultados usando indicadores de redução das desigualdades em saúde. Mas para isto acontecer, há questões que precisam ser enfrentadas.

1 - Embora no discurso haja um aparente consenso sobre a Saúde ser ao mesmo tempo precondição e resultado tanto do desenvolvimento social como do econômico (WHO, 1995; MCMICHAEL, 2000; OTTERSEN et al., 2014; RYDIN et al., 2012), ainda temos, em nome do princípio do direito à saúde individual como direito humano, preconceitos em 'monetarizar' ganhos na saúde coletiva, o que seria necessário, nos parece, para se tratar a saúde da população como resultado e recurso para o desenvolvimento. Não há, pensamos, incompatibilidade entre estas duas visões, já que são avaliações que acontecem em níveis de realidade diferentes (individual X coletivo). Como reconhecem Ottersen et al. (2014), o propósito de tratados comerciais é proteger fluxos monetários, e eles grandemente excluem preocupações com as áreas da saúde, meio ambiente e trabalho (usualmente não monetarizados), ou abrem mão delas para assegurar objetivos como melhoria no acesso a mercados para exportação (monetarizados). Monetarizar variações nos níveis e distribuição da saúde nas populações poderia nos ajudar em negociações sobre investimentos locais ou nos mercados globais? Essa discussão não é nova. Em 1975, Araújo publicou um artigo de revisão na Revista de Saúde Pública denominado 'Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema' (ARAUJO, 1975), recuperando estudos internacionais e nacionais produzidos nas duas décadas precedentes. O autor enfatiza a importância do tema para o Brasil, o relativo desconhecimento aqui dos estudos econométricos realizados fora, e a necessidade de trabalhar-se com metodologias da econometria para uma abordagem mais objetiva da relação saúde-desenvolvimento. Já na década de 60, conforme Araújo (1975) com base em diferentes autores, discutia-se internacionalmente entre outros aspectos 1) a necessidade de incluir a saúde nos planos de desenvolvimento; 2) a saúde como investimento e as dificuldades metodológicas para quantificar a sua rentabilidade; 3) o desenvolvimento social como fim e o econômico como meio, mas com destaque para efeitos secundários do desenvolvimento social sobre a produtividade e o crescimento econômico; e o desenvolvimento de índices do nível de vida das populações com participação especial de indicadores de saúde.

2 - A produção de conhecimento sobre a distribuição de adoecimento nas cidades e sua associação com fatores sociais, econômicos e ambientais não permite transformar conhecimento em ação a partir do setor Saúde – uma situação difícil para professores e estudantes da área da saúde. Na década de 80 tínhamos uma categoria profissional, a dos sanitaristas ou especialistas em saúde pública, formados em cursos de especialização após a graduação. Os sanitaristas provinham de diversas áreas: engenharias, profissões relacionadas à Saúde Humana, à Medicina Veterinária, Administração, etc. e atuavam basicamente na prevenção do adoecimento via saneamento, vigilância sanitária e vigilância

epidemiológica, mas limitados a fazê-lo de dentro do setor saúde, vinculados a Secretarias Estaduais ou ao Ministério da Saúde. Nos últimos 30 anos, os cursos de Saúde Pública sofreram um processo de estreitamento na formação, de forma a adequarem seus egressos às possibilidades de atuação no SUS (e leia-se aqui SUS cada vez mais como sinônimo de atenção básica). Talvez pudéssemos pensar em uma formação profissional que atualizasse a ideia dos especialistas em saúde pública formados na década de 80, mas agora como egressos de cursos de graduação, e com qualificação para trabalharem determinantes sociais da saúde como saneamento, habitação, educação, trabalho e renda como especialistas em "saúde urbana" em diversos setores da administração pública ou no setor privado. Faria parte do campo deste novo profissional, por exemplo, trabalhar na eliminação da sub-habitação como determinante de má saúde associada que é a infecções respiratórias, asma, diarreia, acidentes e doença mental (KRIEGER; HIGGINS, 2002), assim como assessorar e acompanhar projetos de saneamento, transporte e desenvolvimento urbano econômico, social e ambiental, utilizando indicadores de saúde na mensuração da efetividade das ações. Além da capacidade de trabalhar com indicadores, a formação deveria contemplar fortemente a comunicação social e a valorização da participação da comunidade, pois boa parte do esforço para a ação é o de compreender o problema em suas diversas dimensões, buscar recursos e negociar soluções.

3 - Para a formação de profissionais capazes de incorporar ganhos em saúde como um dos produtos de projetos de infraestrutura e desenvolvimento sustentável, seria necessário estimular a interdisciplinaridade e engajar professores que hoje ministram disciplinas em diferentes departamentos e unidades da Universidade (de áreas da engenharia, saúde pública, economia, ciências sociais e comunicação, por exemplo). Podemos imaginar a dificuldade quando sabemos que, hoje, a valorização acadêmica é medida pela produtividade na publicação de artigos científicos em revistas internacionais, que para ser alta requer especialização. A colaboração transversal proposta acima é o contrário disto: requer tempo para a troca de conhecimentos e a construção de consensos.

4 - Produzir e transmitir conhecimento não basta. Uma preocupação crescente dos formuladores políticos e dos acadêmicos no mundo todo tem sido a de que as mensurações de desigualdades sociais e de saúde pouco se traduzem em iniciativas de transformações efetivas da realidade (POCHMANN, 2011 *apud* GELEDES, 2011). Os estudos realizados no Rio Grande do Sul sobre desigualdades na mortalidade por DCV são exemplo disto. Os tomadores de decisão política nunca se interessaram por eles. O que deve indicar que não estamos nos comunicando e apresentando o problema da forma mais adequada, ou suficientemente convincente. Em 2013, referindo-se a estudos sobre desigualdades socioespaciais no congresso *Urban Dynamics and Health* (JACOBSEN, 2013), Diez-Roux (2013) questionou: "Dá para mudar as pessoas ou as áreas de lugar por desígnio técnico? A epidemiologia tem documentado o que o senso comum já sabe! O que precisamos é pesquisa para a ação". E para

ação, todos admitem que precisamos mais do que simples compartilhamento do conhecimento produzido na academia. Cada grupo de interesse (academia, tomadores de decisão, movimentos sociais) tem agendas específicas que precisam ser conciliadas num processo que é em geral demorado, mas que pode fazer a diferença entre haver ou não intervenção subsequente. No mesmo congresso, Vaillant (2013) relatou que para realizarem na França um estudo intersetorial de georeferenciamento de diagnósticos de câncer, as negociações entre os 'stakeholders' demoraram três anos! E Bradshaw (2013), ex-deputada do Canadá, contou como movimentos sociais interessados em doença mental pressionaram politicamente e garantiram um financiamento elevado para o projeto *Housing first*, que avalia o que é melhor para a reabilitação de moradores de rua com doença mental: garantir primeiro a moradia ou os remédios? Estes relatos mostram o quanto a academia precisaria mudar de foco, inclusive atualizando suas metodologias de ensino. Uma possibilidade seria a criação de ambientes que favorecessem o uso da aprendizagem baseada em problemas (*Problem-Based Learning*- PBL) e que fossem capazes de demonstrar que as soluções dependem, além de questões eminentemente técnicas, de outras dimensões (econômicas, sociais, políticas) do mundo real.

5 - O quinto desafio seria a necessidade de investimento da Universidade na formação de agentes de comunicação social habilitados a contribuírem no debate público sobre saúde e desenvolvimento. Chadwick, em seu tempo, investiu em convencer as elites econômicas, técnicas e políticas de que melhorar a saúde da população era uma questão econômica, de Estado, já que a doença colocava limites ao crescimento da Inglaterra. No Brasil, este tipo de argumentação ainda gera muita resistência, tanto da 'elite', que gosta mais da alternativa de Villermé (*laissez-faire*) como da 'esquerda', que prefere a de Engels (revolução). O processo político não é racional. Para promover mudança, a habilidade de comunicação social é tão importante quanto a capacidade de produzir medidas e teorias causais. Os papéis e os escritos só andam sozinhos depois que os destinatários já estão convencidos ou estiverem ouvindo aquilo que querem ouvir.

Concluindo, como Universidade, não é suficiente formarmos técnicos. Os alunos precisam entender os determinantes econômicos globais das escolhas nacionais e locais, acompanhar as tendências globais de desenvolvimento tecnológico e considerar seus potenciais impactos nos diferentes grupos sociais e pensar estrategicamente sobre como aliar conhecimentos mais gerais (políticos, econômicos, sociais) com habilidades de comunicação e conhecimentos técnicos específicos, de forma a contribuírem para que a redução de desigualdades sociais e de saúde nas cidades se torne um requisito de qualquer projeto de desenvolvimento urbano sustentável (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012) e que escolhas atuais informadas possam ampliar as nossas opções no futuro (OTTERSEN et al., 2014).

Referências

ABRASCO. “Epidemiologia e Desigualdades Sociais: Os desafios do final do século”. **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

ACHUTTI, A.; MEDEIROS, A. M. B. Hipertensão Arterial no Rio Grande do Sul. **Bol. de Saúde**, Porto Alegre, v. 12, p. 6-54, 1985.

ACOSTA, L. M. W.; BASSANESSI, S. L. O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, Supl. 2, p. 88-101, 2014.

ARAUJO, J. D. Saúde e Desenvolvimento Econômico: Atualização de um Tema. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, p. 515-28, 1975.

AZAMBUJA M. I. et al. Social inequalities and cardiovascular diseases mortality: an ecologic study from Porto Alegre, RS. Brasil. In: XI CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE COLETIVA, 2006, Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

AZAMBUJA, M.I. et al. Economic burden of severe cardiovascular diseases in Brazil: an estimate based on secondary data. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 148-155, p. 163-171, 2008.

AZAMBUJA, M.I. et al. Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 110-115, 2011.

AZAMBUJA, M. I.; BASSANESI S. L.; ACHUTTI, A. C. A Mortalidade por Doenças Respiratórias em Porto Alegre é Maior em Áreas da Cidade com Piores Indicadores Sociais. **Bol. de Saúde**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 31-39, 2009.

BARCELOS, T. et al. Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre. **Fundação de Economia e Estatística (FEE)**, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1986.

BASSANESI, S. L. **Raízes da (re)-Emergência do Tema a Nível Global**, 2012. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/saudeurbana/wp-content/uploads/2018/06/Azambuja2012SaudeUrbanaABRASCO.pdf >. Acesso em: 31 jul. 2018.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA M. I.; ACHUTTI A. C. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.

BIRN, A. E. Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Social Medicine**, New York, v. 4, no. 3, p. 166-182, 2009.

BUCK, C. et al. Aires, Aguas y Lugares. Extracto de Hipocrates. In: **El desafio de la epidemiologia. Problemas y lecturas selecionadas.** Publicacion Cientifica 505. Organizacion PanAmericana de la Salud, p. 18-19, 1988.

BUSS, P. **Apresentação à Primeira Reunião da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS).** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em Saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e o trabalho da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

CAIRNS, J. **Matters of life and death**: perspectives on public health, molecular biology, cancer, and the prospects for the human race. New Jersey: Princeton University Press, v. 3, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 121-150.

CORBURN, J.; COHEN, A. K. Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy, and community. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 9, no. 8, e1001285, 2012.

CORBURN, J. Urban health equity in all policies: a new science for the city. **The Guardian**, United Kingdom, 18 mar. 2013. Disponível em: <http://www.theguardian.com/sustainable-business/urban-health-equity-policies-city>. Acesso em: 31 jul. 2018.

COSTA, E. A. **A cross-sectional survey of blood pressure in Rio Grande do Sul, Brazil, with special reference to the role of salt**. London, Academic Dissertation (mimeo). London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1981.

DIEZ-ROUX, A. **Multidisciplinary Cross-Perspectives About Urban Health**. International Conference Urban Dynamics and Health, Paris, 2013. Disponível em: <http://webtv.u-paris10.fr/videos/conference-2-multidisciplinary-cross-perspectives-about-urban-health/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FERRIE, J. E. Progress, Public Health and Vested Interests. **International journal of epidemiology**, London, v. 42, p. 1527-1536, 2013.

FIORI, J. L. Introdução. In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FISCHMANN, A.; GUIMARÃES, J. J. L. Risco de morrer no primeiro ano de vida entre favelados e não favelados no município de Porto Alegre, RS (Brasil), em 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, p. 219-226, 1986.

GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HORTON, R. Offline: Racism – the pathology we choose to ignore. **The Lancet**, London, v. 390, p. 14, 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31746-4.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

JACOBSEN, B. Urban health observatories: a possible solution to filling the gap in urban health intelligence. International Conference "Urban Dynamics and Health, issues and challenges". **London Health Observatory**, London, 2013. Disponível em: <http://webtv.u-paris10.fr/channels/#dynamiques-urbaines-et-enjeux-sanitaires>. Acesso em: 31 jul. 2018.

JAMISON, D. T. et al. **Global Health 2035**: A World Converging Within a Generation, v. 382, p. 1898-955, 2013. Disponível em: <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/report/global-health-2035.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

KRIEGER, J.; HIGGINS, D. L. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 92, p. 758-768, 2002.

KRIEGER, N.; CHEN, J. T.; EBEL, G. Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of US Health Departments. **Public Health Reports**, Boston, v. 112, p. 481-491, 1997.

LEEDER, S. et al. A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies. **The Earth Institute**: Columbia University, 2004. Disponível em:

<http://earth.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime_FINAL_051104.pdf >. Acesso em: 31 jul. 2018.

LESER, W. Relacionamento de Certas Características Populacionais com a Mortalidade Infantil de São Paulo de 1950 a 1970. **Problemas Brasileiros**, São Paulo, v. 10, n. 109, p. 17, 1972 *apud* TAMBELLLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. In: GUIMARÃES, R (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil:** contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

LYNCH, J. W. et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or maternal conditions. **BMJ**, London, v. 320, p. 1200-1204, 2000.

MARMOT, M. Social Determinants of health inequalities. **Lancet**, London, v. 365, p. 1099–1104, 2005.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. **Lancet**, London, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. **BMJ**, London, v. 322, p. 1233-1236, 2001.

MCMICHAEL, A. J. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 78, no. 9, p. 1117-1126, 2000.

MIRANDA, A. C. et al. Transição para um desenvolvimento sustentável e a soberania humana: realidades e perspectivas na região das américas. In: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMEN, J.; HENAO, S. (Org.). **Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, Rio de Janeiro, 2011. p. 17-31.

MOTA, L. M. M. **Internações Hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial**. UFRGS: Porto Alegre. 2009. 64 páginas. Tese de Mestrado em Epidemiologia – Universidade federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/tese_distrib_espacial_inter_hosp_poa.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MUMFORD, L. The Culture of Cities. **Harcourt Brace Jovanovich**, Inc. New York, NY, 1970. p. 171.

ODM BRASIL. 2000. **Os objetivos do milênio**. Secretaria Geral da Presidência da República. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de desenvolvimento do milênio.** 2000. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>. Acesso em: 20 out. 2017.

OTTERSEN, O. P. et al. The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change. The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health. **Lancet**, London, v. 383, no. 9917, p. 630-617, 2014.

PORTAL ODM. **Fiesp, SESI, SENAI**. 2014. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

POCHMANN, M. **Palestra na Universidade Federal do Paraná**, 2011 *apud* GELEDES – Instituto da Mulher Negra. Pochmann: Pobres que trabalham e estudam têm jornada superior à dos operários no século XIX. 03 out. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/pochmann-pobres-que-trabalham-e-estudam-tem-jornada-superior-a-dos-operarios-no-seculo-xix/ >. Acesso em: 31 jul. 2018.

PROGRAMA SAÚDE URBANA, AMBIENTE E DESIGUALDADES, UFRGS. 2010. Disponível em: <www.ufrgs.br/saudeurbana>. Acesso em: 20 out. 2017.

RUMEL, D. et al. Healthy city: an approach towards the dissemination of information about health determinants. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 134-143, 2005.

RYDIN, Y. et al. Shaping Cities for Health: Complexity and the Planning of Urban Environments in the 21st Century. **Lancet**, London, v. 379, p. 2079-2108, 2012.

SACHS, J. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. **Lancet**, London, v. 379, no. 9832, p. 2206-2211, 2012.

SACHS, J. D. **Macroeconomics and health:** investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SINGER, P. et al. Pesquisa Sobre a Economia da Saúde no Brasil. São Paulo, **CEBRAP**, (mimeo), 1977 *apud* TAMBELLLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil:** contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

SNOW, S. J. Commentary: Sutherland, Snow and Water: The Transmission of Cholera in the Nineteenth Century. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 31, no. 5, p. 908-911, 2002.

TAMBELLINI-AROUCA, A. **Acidentes de Trabalho**: O Estudo de suas Determinações Sociais. Instituto de Medicina Social da UERJ (mimeo), 1977 *apud* TAMBELLINI-AROUCA, A. Analise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil:** contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

TAMBELLLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUM. **Development Goals and the post-2015 Development Agenda**. Disponível em: <http://www.un.org/en/ecosoc/about/mdg.shtml>. Acesso em: 31 jul. 2018.

VICTORA, C. G. et al. **Bull World Health Organ**, Geneve, v. 64, no. 2, p. 299–309, 1986.

WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **The Rio Political Declaration on Social Determinants of Health.** Rio de Janeiro, Brazil, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/en/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Centre for Health Development. **History and timeline of WHO Kobe Centre**, 1995. Disponível em: <http://www.who.int/kobe_centre/about/history/en/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008**, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/en/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

YACH, D.; BETTCHET, D. The globalization of public health. In: Threats and Opportunities. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 88, p. 735-738, 1998.

YUNES, J.; ROSNCHEZEL, V. S. C. Evolução da Mortalidade Geral, Infantil e Proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 8, 1974 *apud* TAMBELLLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

NOS CONCEITOS DE EDUCAÇÃO: REPENSANDO A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SUS

IN THE EDUCATION CONCEPTS: RETHINKING THE SUS'S PROFESSIONAL FORMATION

EN LOS CONCEPTOS DE EDUCACIÓN: REPENSANDO LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SUS

Carmen Lucia Bezerra Machado[1]

Paulo Peixoto de Albuquerque[1]

Resumo
O artigo reflete sobre as práticas educativas desenvolvidas no Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU), em especial na linha de pesquisa – processos de ensino na saúde; tem a ver com a formação de professores que, ao fim e ao cabo, é a razão de ser de uma proposta de capacitação profissional.
Palavras chave: práticas educativas; formação de professores; capacitação profissional.

Abstract
This article has to do with teacher training, after all, is at the heart of the reflections proposed by Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) on educational practices particularly related to the line of research – health education processes.
Keywords: education practices; teachin training; professional training.

Resumen
Este artículo trata de la formación de professores que, al fin y al cabo, es el foco de las reflexiones propuestas por el Programa de Pósgraduación Enseñaza en Salud (PPGENSAU) y sobre las prácticas educativas, particularmente vinculada a la línea de investigación – procesos de enseñanza en salud.
Palabras clave: práctica educativa; formación de professores; capacitación professional.

A título de prolegômenos ou ... para estabelecer uma conversa

O texto que segue, não só diz respeito ao Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) – **mas tem a ver com a formação de professores que, ao fim e ao cabo, é o cerne**

[1] Professores da Faculdade de Educação (FACED) 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, RS. E-mail: albuquerque.paulo@gmail.com; carmen.machado@ufrgs.br

das reflexões propostas pelo PPGENSAU sobre as práticas educativas particularmente referidas à linha de pesquisa – **processos de ensino na saúde.**

Nossa hipótese de trabalho parte da seguinte assertiva: O conhecimento atualmente produzido, por estar longe das salas de aula (por pesquisadores, acadêmicos, escritores de livros didáticos e comissões oficiais de currículo), não é criado e recriado pelos estudantes ou professores, nas salas de aula. Em função disso: perde o seu caráter político de transformação.

Tal fato acontece, porque não se tem presente que o educar exige espaços de convivência desejável de forma que o professor e o aluno possam fluir no conviver, de certa forma particular, e assim, pertencer a uma sociedade plural na qual aquele que aprende possa, no aprender, construir sua autonomia e emancipação.

Estamos convencidos que a compreensão eficiente do que podemos chamar ciclo do conhecimento está relacionada a um mal-entendido e não se resume ao conhecer o conhecido. Compreender a dupla dimensão do conhecer implica, num primeiro momento, em conhecer o conhecimento existente, mas, simultaneamente, há um outro momento. É aquele em que na experimentação se produz algo novo... que rompe com as lógicas do consenso.

Acontece que ao dicotomizarmos esses dois momentos, isolamos um do outro. Consequentemente, reduzimos o ato de conhecer ao conhecimento, a uma mera transferência do conhecimento existente. E, aquele que ensina (o professor), se torna o especialista – aquele que pensa tecnicamente no modo mais eficiente e eficaz de transferir o conhecimento. Risco que o especialista (eficiente e eficaz) não se dá conta.

O especialista faz do experimento um meio de análise e demonstra com eloquência a que ponto somos modelados pelo nosso meio de inserção, a despeito de nosso sentimento de autonomia e espontaneidade. Ao não valorizar a experiência e/ou a experimentação, o especialista perde algumas das qualidades necessárias, indispensáveis, e requeridas na produção do conhecimento: a capacidade de provocar rupturas, de provocar os alunos a assumirem atitudes transgressoras e lançar pontes sobre as fronteiras do possível.

O sujeito social não existe sem a educação que modela a sua relação com o mundo e com os outros. Seu acesso à possibilidade de experimentar é fundador da diferença e, assim, do elo social. Um mundo sem outras pessoas é um mundo sem elo social, destinado à dispersão e à solidão. Essas qualidades são, por exemplo, percebidas na experienciação, na reflexão crítica, na curiosidade, no questionamento exigente, na inquietação, na incerteza. Todas estas 'virtudes' são indispensáveis ao sujeito que quer conhecer. E, porque separamos o produzir conhecimento do conhecer o conhecimento existente, as escolas (da Educação Infantil às Universidades) se transformam

facilmente em espaços de venda de conhecimento e se organizaram como sistemas de distribuição para comercializar as ideias oficias e não para desenvolver o pensamento crítico.

Assim sendo, é a pertinência política do tema que serve de disparador do pensar que tem, também outro ponto de partida na experienciação acadêmica vivenciada e proposta nas disciplinas de Atelier de Pesquisa I e II, Prática Educativa na Saúde, ambas do PPGENSAU visando a constante busca do compromisso dos educadores com a defesa da educação pública, dos serviços de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), de qualidade e na resistência à retórica sedutora do neoliberalismo e às suas práticas sociais conservadoras.

Nesse caso, o duplo caráter – reflexão e resistência – se deve ao contexto latino-americano e, em especial no Brasil ao sacrificar a democracia[1] para alcançar os objetivos do dito 'crescimento econômico', modelando um cenário societário que se reveste de nova(s)/velh(a)s práticas conservadoras e reacionárias, ditatoriais nas políticas de saúde e de educação.

A pertinência e a relevância deste texto para a área de pesquisa no debate sobre os processos de ensino na saúde, se caracteriza por um exercício de **coerência-urgente.**

A coerência teórica, necessariamente, implica em rigor que convoca à reflexão. A palavra *coerência* remete a dois significados o primeiro, que não se refere única e exclusivamente, à forma escrita (considerando um conjunto de palavras que devem formar um texto coerente); e o outro, **ligado à pertinência ou adequação** existente entre a escrita, a fala e as práticas sociais – **o que fazer.**

O primeiro, diz respeito à coerência textual, já o segundo, do qual trataremos neste trabalho, se refere à **adequação** dos conceitos de educação e saúde ao quadrinômio **teoria-prática-teoria-práxis**.

As colocações e os argumentos, para além de produzirem outros conceitos ao abordar a temática e problematizar a **formação de professores – que fazer e cocriação elementos fundamentais para o ensino na saúde.** Pretendem estabelecer diálogo da reflexão acadêmica com vistas a contribuir para um ressignificar o modo de atuação daqueles que estão comprometidos com a saúde enquanto direito cidadão.

Nos anúncios: uma lógica de formação

"A ave era
tão pequena que
a asa era uma pena".
Anônimo

[1] A redução dos recursos na saúde e na educação por vinte anos a partir do golpe parlamentar endossado pelo vice-presidente Michel Temer em maio de 2016, sinaliza como o poder da minoria sobre a maioria se apresenta como um poder que se pretende legal (legitimado) no desrespeito a dignidade do outro, na medida em que é muito mais do que um poder-sobre, pois se apresenta como um poder-fazer absoluto.

Anúncio 1: O fragmento de poesia pode trazer inquietudes aos conhecimentos subjacentes à formação de professores, na medida em que remete à subjetividade ou sensibilidade estética e poética de quem lê. Por outro lado, os anúncios trazidos pela Legislação vigente até junho de 2016 e nas atuais propostas[1], recentemente aprovadas e outras que ainda tramitam nas instâncias legislativas e executivas da sociedade brasileira, trazem não só inquietudes, mas a necessidade de lutar contra o trabalho abstrato da docência, contra a subordinação do 'fazer' (aquilo que planejamos e escolhemos fazer em sala de aula) à lógica do dinheiro e do mercado, ou a fictícia proposta da 'escola sem partido'[2].

Anúncio 2: As práticas experienciadas cotidianamente nos processos de ensino e/ou formação de professores, nas universidades ou fora delas, nos espaços do trabalho e nos espaços de resistências como o Fórum Gaúcho Escola sem Mordaça[3] diante do cenário conservador e de retrocesso reflexivo, se apresentam como práticas de resistências e coerentemente exigem o metódico diálogo, que associado ao inventário gramsciano, produz tal registro[4].

Anúncio 3: nos pensares sobre ensino na saúde, nas reflexões sobre a formação inicial dos profissionais da saúde quando em atividade em equipes multidisciplinares, fica evidente que educação e saúde nem sempre são correlação efetiva, visto que na formação experienciada pelos profissionais da saúde as metodologias que predominam são análises acerca daquilo que é conhecido (estudos de caso, análises reflexivas de respostas bem-sucedidas). Estratégia pedagógica que prepara para superar as dificuldades técnicas imediatas do trabalho, mas não as dificuldades mediatas e que decorrem das situações e das histórias de vida das comunidades e/ou das suas demandas históricas.

Esses três anúncios apontam (para bom entendedor): a) para os limites da formação inicial dos profissionais da saúde quando em atividades multidisciplinares, b) para um tipo de formação ou a um processo que 'se esgota em si mesmo!', e c) resulta de uma '(de)form(ação)' provocada por um tipo de currículo que ao enfatizar a especialização, isola e marginaliza a possibilidade de pensar uma

[1] No dia 27 de outubro de 2016 foi aprovada a Medida Provisória encaminhada em 22 de outubro, que produz alterações na Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional Lei 9394/96, anulando todas as conquistas a ela incorporadas após à aprovação em 1996 (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**;** Adin 3324-7, de 2005; Decreto nº 3.860, de 2001; Lei nº 10.870, de 2004; Lei nº 12.061, de 2009), especialmente as que dizem respeito ao ensino de história e cultura africana e afrodescendente (<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv746.htm>). Além de anularem as Leis 10.639 e 11.645.

[2] Tramita novamente na Câmara Federal Projeto de Lei já considerado inconstitucional em diversas instâncias, agora sob o nº PL 9814/2018 de Capitão Augusto (PR/SP) apresentada em 20/03/2018, como Alteração dos prazos da PL 7180/2014 - Escola Sem Partido.

[3] Disponível em: <https://www.facebook.com/frenteescolasemmordaca/>. Acesso em: 10 out. 2017.

[4] Com base na metodologia dialógica, apoiada no registro sistemático das experiências compartilhadas em salas de aula das disciplinas de Atelier de pesquisa I e II, assim como Práticas pedagógicas em saúde buscamos compor os caminhos que originam este texto.

correlação mais efetiva entre educação e saúde, principalmente em espaços não escolares como o das Unidades de Saúde – sejam nas Unidades Básicas, Unidades de Pronto Atendimento ou Unidades de Estratégia da Família, *locii* privilegiados de atuação do SUS.

Pode-se aceitar e até compreender que saúde é um direito, afinal está na constituição, mas, desenvolver e promover 'espaços de cidadania' junto à comunidade através do ensino na saúde, com temáticas relevantes fora do registro positivista, se apresenta muito difícil. Porque não faz parte do modo como são produzidos os conceitos, as regras, as normas, os procedimentos e as técnicas que estabelecem efeitos de verdade quando se atua, fala ou pensa em saúde.

Indica, por outro lado, que na maior parte das vezes a formação propiciada pela universidade pública problematiza a politização quando em sala de aula: "Para quê?" "Este não é o momento..."; "Agora não é o momento desta construção. Aqui o que importa é o saber técnico"[1]. Tais afirmativas expressam a noção de um saber técnico que não se pretende político.

Assim sendo, as contribuições da formação experienciada durante a graduação, nem sempre dão visibilidade às técnicas de poder[2] concorrendo para que se perceba como espúrio ou estranho os conceitos de cidadania / necessidade / democracia, como balizadores do ensino na saúde.

Por isso, se faz necessário repensar o 'fazer' daqueles que estão ou tem a sua prática profissional na saúde balizadas pelo prescritivo. Nesse sentido, ressignificar o ensino na saúde se apresenta como possibilidade, como escolhas que exigem ser integradas a um projeto de sociedade, que assimile as questões que dizem respeito às opressões e, ao mesmo tempo, mude as práticas vividas nesta formação, no adverso contexto brasileiro.

Nos impasses do contexto: o 'que fazer' no ensino na saúde!

É nos diversos desdobramentos entre o trabalho individual permitido pelo currículo formativo e o coletivo que se interpõe propostas legais. Impostas por um grupo de parlamentares eleitos com um Programa de governo e agora propositores de um marco legal completamente diverso, uma vez que o debate acadêmico e político segue problematizando a ausência da formação política, uma Medida Provisória (MP)[3] ou Projetos de Emendas Constitucionais (PEC), que legalmente está pensada para solucionar os grandes e urgentes impasses, agora é utilizada para rapidamente aprovar proposições, sem qualquer consulta pública à população, que estarrecida assiste ao espetáculo

[1] Falas de professores / profissionais da Área da Educação e Saúde para alunos e colegas em 2017 e 2018.
[2] O poder nem sempre é concebido ou está restrito às instituições ele se exerce constantemente no cotidiano, no imaginário e nas relações sociais.
[3] Medida Provisória, teoricamente só pode ser criada em regime de urgência e relevância, tendo efeito imediato e força de lei, projeto do poder Executivo, encaminhado ao Congresso Nacional, neste caso, com a clara intenção de impedir que seja discutido democraticamente.

midiático, suporte para tais ações, que não podem ser unilateralmente aplicadas a uma reforma educativa[1]. A ideia de que a sociedade é do conhecimento e a relevância atribuída à 'economia da informação' em tempos do dito neoliberalismo, mostra que o 'ensino' é ferramenta fundamental para a construção de uma realidade diferenciada, na medida em que mobiliza os poderes do trabalho intelectual (como instrumento de acumulação) daí a importância da Educação na saúde.

Do ponto de vista de um educador, o conhecimento deve ser considerado como uma relação de interdependência entre os sujeitos conhecedores e o objeto a ser conhecido, e não uma justaposição de duas entidades dissociáveis.

O conhecimento/reflexão/crítica aparecem como trinômio, e não são apenas um artifício textual ou lógico. Tem por intencionalidade evidenciar que ao professor aquilo que acontece na escola/universidade ou nos espaços educativos não é gratuito ou neutro, ingênuo ou inocente. Assim também, no ensino na saúde não há gratuidade, ingenuidade ou inocência, quiçá neutralidade.

Em termos metodológicos ou operacionais, a narrativa organizada de um projeto de ensino na saúde propõe alguns disparadores do pensar:

1. Que as percepções e indagações dos indivíduos entre os homens e o tempo passado, sempre estiveram presentes cotidianamente na vida das mulheres e homens (e todos gostam de falar sobre). Por isso, as histórias das salas de espera nos consultórios agradam/ensinam e falar sobre as marcas da vida também.

2. A temporalidade está sempre relacionada à pessoa, mas quase sempre quando esta temporalidade é analisada, privilegia-se o aspecto psicológico, dadas as dificuldades de falar sobre o tempo: não é suficiente medir, pois o tempo sempre nos escapa.

3. A partir de nossa experiência, sabemos que esses três tempos são bem distintos. O passado é o tempo que sempre se afasta de nós, do que um dia já fomos e o que somos hoje, de nossa percepção; é tudo que já não é mais. Simplesmente porque já se foi. Nomeamos de presente o agora, o tempo em que nossas vidas e experiências acontecem, no momento em que estão ocorrendo. O futuro é como o lugar onde estão finalizados todos os acontecimentos que presenciamos quando determinado período de tempo chegar a acontecer, por mais ou por menos extenso que seja.

4. A memória é posta como uma busca interior, e pode ser pensada como uma busca de autoconhecimento – organizado. Não podemos conhecer ou reconhecer se não vivemos ou recordamos, é como uma procura do nosso reconhecimento e entendimento.

[1] 'Uma Ponte para o futuro', aprovada pelo Partido da Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, dito de centro, em Brasília em 29 de outubro de 2015 (<http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>), indica o caminho a ser seguido.

Entretanto, assim como em sala de aula, as coisas nem sempre acontecem como planejado, as falas dos profissionais da saúde acima, dizem sobre algo, mas silenciam sobre outras coisas.

A formação de educadores para atuarem na saúde, só tem sentido quando pensada a partir da constatação: espaços educativos são incompletos e o aprendizado ou o não aprendizado tem a ver, também, com o fazer docente. Por que? Porque remete à perspectiva da interpelação cidadã. Interpelação que se faz da macropolítica (política pedagógica) que nem sempre explicita seu fundamento (pedagogia política), não balizada pelo o compromisso com a mudança.

Se a educação é um processo contínuo, e muitas vezes, a condição **de não saber pode ser a base e o estímulo para uma ação ou uma proposta de aprendizagem, então** pode-se dizer que em educação o conceito de ensinar passa necessariamente pela noção **de intencionalidade**, ou seja, aquilo que afirma que o objeto (ensino-aprendizagem) não existe sem o sujeito e nem a consciência existe sem um objeto (momento de ensino-aprendizagem). Este só aparece ao sujeito na medida em que a consciência está direcionada para ele.

Neste sentido, o que pauta a intencionalidade pedagógica não é apenas o relatar o que ocorre na atualidade.

A formação de professores exige um currículo que possibilite esta mobilização não em nome de estruturas partidárias, mas individualmente – em seu próprio nome, o que Löwy e Besancenot (2016) chamam de envolvimento na "democracia real, agora, somos nós". "[…] criando, por imposição e através do próprio sofrimento, as bases materiais desta nova ordem […], a fim de transformarem em liberdade o que hoje é 'necessidade" (GRAMSCI, 2001, p. 280).

Ou que entre a disparidade / desigualdade do conhecimento que a ciência e a tecnologia disponibilizam e a condição material da existência da maioria da população, a desumanidade ou a humanidade que em sua forma negativa / destrutiva mais extrema nos ameaça, aflora em qualquer local, independe da condição econômica.

Para além de um simplismo maniqueísta que tende a estimular procedimentos intolerantes, a política como dimensão da atividade humana, tanto nas ações como nas omissões repercutem no que conhecemos e em como lidamos com o outro. Por palavras, silêncios e gestos, exemplos, comandos, sugestões, conselho, oposição, querer ou não querer, tendo ou não consciência, influenciamo-nos, condicionamo-nos moldamos, colaboramos, para manter ou transformar o existente.

A cisão entre as esferas privada e pública isola o indivíduo do coletivo. No mundo do trabalho as desigualdades são generalizadas e absolutizadas como se não fossem o resultado de uma construção histórica e social datada e localizada. Contra o desrespeito a lucidez, perspicácia e

clarividência são necessárias para dizer a palavra o que supõe mobilizar a força interior que habita em cada um e cada uma.

Desinibir-se e descobrir removendo as correntes da alienação e do fetichismo que nos exploram e amordaçam, para oferecer liberdade como engajamento que nos enriquece pessoalmente e, simultaneamente, no coletivo, educa. Entre o individualismo que nos mata, fragmenta e expropria, e os indivíduos que dizem sua palavra, enfrentam com argumentos e com atos os fazeres. O coletivo é possibilidade de compartilhamentos, intensos aprendizados e superação da alienação. Todos e a cada pessoa em particular (para não ser ditatorial), pois, coletivo e o geral (para não se fechar em si mesmo) são nossas humanas possibilidades.

Não estamos criando categorizações do 'bem' e do 'mal', pelo contrário, estamos dizendo que as propriedades do 'bem' e do 'mal' são contabilizadas e examinadas pelo aparelhamento disciplinar que as hierarquiza nas grades curriculares e na formação dos profissionais sejam eles da saúde ou da educação.

Mas ressignificar ensino na saúde, passa por um conceito de educação que busca uma pedagogia da alteridade ou uma educação para a alteridade.

Conclusão inconclusa: conceito de educar que pauta nosso pensar/fazer

> Educação / educar é construir possibilidades de compreensão e entendimento do sujeito (que apreende), como portador de direitos, por meio da valorização de interações / saberes, práticas ou comportamentos que ao serem problematizados promovem a autonomia do pensamento e a reelaboração dos conhecimentos de modo a compor / propor valores, habilidades e práticas cidadãs (ALBUQUERQUE, Paulo. Escritos da aula. 10h 28' em 11.04.18)

É verdade, um olhar sobre o outro diferente de mim, sobre o grupo, sobre a cidade para que possamos existir em um mundo mais solidário e pautado pelo respeito. É difícil. Claro que os excessos individualistas de nossos dias e a competição estão aí, inclusive nos espaços educativos, mas parece-nos que eles apontam, não para a impotência das pessoas frente a isso, mas para a possibilidade que a solidariedade, a justiça entre as pessoas, como valor, pode dar sentido a / na vida.

Para nós, comprometidos com o ensino na saúde, entender que tem mais sentido na vida não é o ter, o poder, o consumo e sim, as relações que acontecem entre as pessoas, combatendo frontalmente a indiferença que deriva do saber especializado que isola, marginaliza e é incapaz de perceber que, qualquer situação, pede uma ação coletiva na qual o compromisso se materializa na socialização dos saberes.

Se a educação é palco de uma eterna disputa entre os conformistas, satisfeitos em reproduzir a sociedade (formar – formatar – disciplinar) e os utópicos que insistem em crer na educação como ferramenta de transformação, então, parece que está nas diferenças entre ver e olhar dos indivíduos

que pode estar a porta de saída para o tornar-se cidadão. Cidadãos conscientes de que a vida (social ou não), só sofrerá modificações com a inclusão e participação de todos e na explicitação dos modos de cada um e cada uma ver.

Parece que o problema – ensino/aprendizagem – independente de se estar em sala de aula ou não, é e está subordinado ao 'problema da poesia da vida'. Ou seja, a vida (seja ela docente ou discente), a nosso ver, é polarizada entre a prosa – as coisas que fazermos por obrigação e não nos interessam para sobreviver. E a poesia – o que nos faz florescer, é o que nos faz amar, comunicar. E, é isso que é importante. Então, neste registro lógico, pode-se dizer que o verdadeiro problema não é a felicidade. Porque a felicidade é algo que depende de uma multiplicidade de condições.

> […] Em outras palavras, não se pode sonhar com uma felicidade contínua para a humanidade. É impossível porque a felicidade, repito, depende de uma soma de condições. Então, pelo outro lado, o que se pode dizer, pode se tentar favorecer tudo o que permita a cada um viver poeticamente sua vida e, se você vive poeticamente você encontra momentos de felicidades, momentos de êxtase, momento de alegria (MORIN, 2003, p. 85).

Ensinar na saúde é mostrar que o tempo da humanidade não é o tempo do relógio. O ritmo próprio precisa ser considerado e certamente os resultados compensam. Educadores de saúde não temem que as pessoas / comunidade se apropriem de saberes e participem da vida política, pois, configura que todos, individualmente, podem ter acesso a uma individualidade emancipada.

Assim, a título de conclusão inconclusa e parafraseando Eduardo Galeano reiteramos: "Os sonhos anunciam outra realidade possível, e os delírios, outra razão. Somos o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia" (p. 7). Nessa fé, fugitiva, nós cremos.

Referências

BESANCENOT, O; LÖWY, M. **Afinidades revolucionárias:** Nossas estrelas vermelhas e negras por uma solidariedade entre marxistas e libertários. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

BRASIL. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

GALEANO, E. **Voces de nuestro tiempo.** Montevideo: Ed. Universitaria Centroamericana, 1981.

GRAMSCI, A. **Cadernos de Cárcere.** Vol. IV. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2003.

Ensaios e debates

NAVEGAR COM ARTE, SAÚDE E EDUCAÇÃO: VENTOS QUE MOVEM O PROJETO GERINGONÇA

SAILING WITH ART, HEALTH AND EDUCATION: WINDS THAT MOVE THE GERINGONÇA PROJECT

NAVEGAR CON ARTE, SALUD Y EDUCACIÓN: VIENTOS QUE MUEVEN EL PROYECTO GERINGONÇA

Daniele Noal Gai[1]

Victória Jantsch Kroth[2]

Andressa Girotto Camilotti[3]

Resumo

Navegar desde a escola de assentamento da reforma agrária ao centro de atenção psicossocial: espaços que perambulamos com nossa Geringonça e nosso modo de ser *Geringa*. O que pensamos em educação está longe dos manuais tradicionais e/ou ortopédicos da saúde. O que inventamos para navegar e para agir em espaços diversos (e em meio a divergência, inclusive) de educação e de saúde, está distante da saúde que diagnostica afirmando incapacidades, faltas, defeitos, impossibilidades e limites. Desde a universidade à comunidade almejamos produzir encontros alegres e potencializadores de vida (aprendizagens e saúdes). Neste ensaio fotocartográfico mostramos percursos coletivos singulares em um Projeto que circula pela educação e pela saúde, e que afirma as pedagogias da diferença e a ecologia da vida. Projeto que se inscreve nas vidas de seus participantes, e uma vez participantes, autores escreventes: crianças com e sem deficiência, adultos em processo de graduação ou pós-graduação, usuários de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa cartográfica. O que afirmamos na universidade diz respeito à multiplicidade e à composição, sendo inseparável – ao nosso modo e nosso fazer –, o ensino, a extensão e a pesquisa. Concluímos sugerindo que façamos com singeleza exercícios de pesquisa (ensino e extensão): geringonça, multiprofissional, entre-filosofias, com-pedagogias, na diferença diferindo.

Palavras-chave: arte; saúde; educação; projeto geringonça**.**

[1] Professora Adjunta do Departamento de Estudos Especializados da Faculdade de Educação (FACED) 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, RS. Coordenadora-autora do Projeto Geringonça [Pedagogias da diferença. Ecologias da vida. Sustentabilidade]. E-mail: daninoal@gmail.com

[2] Estudante estagiária do Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Participante-autora do Projeto Geringonça [Pedagogias da diferença. Ecologias da vida. Sustentabilidade]. E-mail: victoriajkroth@gmail.com

[3] Estudante estagiária do Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Participante-autora do Projeto Geringonça [Pedagogias da diferença. Ecologias da vida. Sustentabilidade]. E-mail: andressa02gc@gmail.com

Abstract
Navigate from the settlement school of agrarian reform to the psychosocial support center: spaces that we roam with our Geringonça and our way of being *Geringa*. What we think about education is far from traditional and / or orthopedic health manuals. What we invented to navigate and to act in several areas (including and amid disagreement) of education and health, is far from health diagnosing stating disabilities, faults, defects, impossibilities and limits. From the university to the community we aimed to produce joyful encounters and life enhancers (learnings and healths). In this photocartographic essay we show singular collective paths in a Project that circulates through education and health, and which affirms the pedagogies of difference and the ecology of life. Project that is inscribed in the lives of its participants, and once participants, writing authors: children with and without disabilities, adults in the process of graduation or post graduation, mental health users. It is a cartographic research. What refers to the university for respect to multiplicity and composition, being inseparable – in our way and our doing – the teaching, extension and research. We conclude by suggesting we do with singleness of research exercises (teaching and extension): *geringonça*, multi-professional, inter-philosophies, with-pedagogies, in the difference differing.
Keywords: art; health; education; project geringonça.

Resumen
Navegar desde la escuela del asentamiento de reforma agraria hasta el centro de atención psicosocial: espacios que transitamos con nuestra Geringonça y nuestro modo de ser *Geringa*. Lo que pensamos en materia de educación se encuentra lejos de los manuales tradicionales y/u ortopédicos de salud. Lo que inventamos para navegar y para actuar en espacios diversos (y en medio a las divergencias, incluso) de educación y salud, está distante de la salud que diagnostica afirmando incapacidades, faltas, defectos, imposibilidades y límites. Desde la universidad hacia la comunidad anhelamos producir encuentros alegres y potenciadores de vida (aprendizaje y salud). En este ensayo fotocartográfico mostramos trayectos colectivos singulares dentro de un proyecto que transita por la educación y la salud, y afirma las pedagogías de la diferencia y la ecología de vida. Este proyecto se inscribe en las vidas de sus participantes y, una vez participantes, autores redactores: niños con y sin deficiencias, adultos en proceso de grado o postgrado, usuarios de salud mental. Se trata de una investigación cartográfica. Lo que afirmamos en la universidad se refiere a la multiplicidad y a la composición, siendo inseparables – para nuestro modo y nuestro quehacer –, la enseñanza, la extensión y la investigación. Concluimos sugiriendo hacer con simplicidad, ejercicios de investigación (enseñanza y extensión): *geringonça*, multiprofesional, entre-filosofías, con-pedagogías, en la diferencia difiriendo.
Palabras clave: arte; salud; educación; proyecto geringonça.

Geringonçar, cartografar, pesquisar, navegar com...

"Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão"
Nise da Silveira

Navegar desde a escola de assentamento da reforma agrária ao centro de atenção psicossocial: espaços que perambulamos com nossa Geringonça (2018) e nosso modo de ser *Geringa*. O que pensamos em educação está longe dos manuais tradicionais e/ou ortopédicos da saúde (que sabemos da existência de ouvir, de ver, de ler, de estudar e de viver - somos usuárias dos sistemas). O que inventamos para navegar e para agir em espaços diversos (e em meio a divergência, inclusive) de educação e de saúde, está distante da saúde que diagnostica afirmando incapacidades, faltas, defeitos, impossibilidades e limites. Desde a universidade à comunidade almejamos produzir encontros alegres e potencializadores de vida (aprendizagens e saúdes).

Neste ensaio narrativo mostramos percursos coletivos singulares em um Projeto que circula pela educação e pela saúde, e que afirma as pedagogias da diferença e a ecologia da vida. Projeto que se inscreve nas vidas de seus participantes, e uma vez participantes, autores escreventes. Trata-se de uma pesquisa cartográfica? Trata-se de uma pesquisa ou extensão? O que afirmamos na universidade diz respeito à multiplicidade e à composição, sendo inseparável - ao nosso modo e nosso fazer -, o ensino, a extensão e a pesquisa. Façamos com singeleza esse exercício de pesquisa (ensino e extensão): geringonça, multiprofissional, entre-filosofias, com-pedagogias, na diferença diferindo.

Esta proposta de pesquisa (ensino e extensão) vem sendo desenvolvida junto com estudantes de graduação e de pós-graduação, estudantes-autodidatas que não se filiaram à universidade, estudantes que se filiaram a este Projeto por lerem de modo autodidata textos nômades que dialogam com a contemporaneidade. Este movimento de escrita apresentará detalhes de um Projeto que consideramos relevante justamente por promover aprendizagens em espaços diversos para e com pessoas com múltiplos corpos. Estar com, fazer com, construir com, inventar com, aprender com, ensinar com, conversar com: com-viver é uma ética plausível no contemporâneo com grande saúde!

> A educação não é, todavia, apenas ou basicamente uma questão de conhecimento. Ao estudarmos, com certeza obtemos conhecimento, aprendemos fatos, mas, sobretudo, estimulamos nossa inteligência; isto é, desenvolvemos e exercitamos nosso poder de pensar. Nesse sentido, em seu nível mais básico, a educação é sempre autodidatismo. Ninguém pode estudar por você, e o poder de pensar já está sempre dentro de você. Sua inteligência tem de ser cultivada. O autodidatismo, claro, não significa livra-se de professores ou destruir escolas. Significa que esses relacionamentos e essas instituições devem ser orientadas para a criação de ambientes que conduzem ao estudo. A maior contribuição que um professor pode dar é o reconhecimento de que cada aluno tem o poder de pensar e o desejo de usar essa inteligência para estudar. O estudo é a essência do autodidatismo e, infelizmente, é bastante raro nas formas atuais de educação. O autodidatismo deve ser organizado como um exemplo - talvez o exemplo paradigmático - de acesso livre ao comum, incluindo informações, conhecimentos, ferramentas de estudo etc., livre de obstáculos financeiros e também de obstáculos provenientes do dogmatismo e da censura (NEGRI; HARDT, 2016, p. 103).

Arte, saúde e educação: é preciso uma receita para navegar?

Educação? Saúde? Educação e saúde? Quais as ligações podemos tecer? O que podemos pensar, relacionar, misturar, criar? E se adicionarmos Arte à essa mistura, será que esse bolo cresce? Será a saúde a forma, educação a massa e a arte o fermento? Será que é possível separá-las? E o bolo dá certo sem um desses ingredientes? Podemos criar novas receitas com eles? Qual o papel de cada um para que a receita dê certo? Saúde o suporte, educação a base, arte a vida. Esse movimento, que se denomina Geringonça, tem em sua experiência, o sentir, o coletivo, o estudo, a leitura compartilhada, as outras formas de escritas que não somente o texto, a vida. Podemos dizer que nossa experiência teórico-metodológica fermenta na experienciação? E se pensarmos com Spinoza (2007)

diríamos que essa experiência é paixão alegre? Paixão que nos compõem e nos expande, produzindo, sendo potência para diferirmos e sermos o que podemos, o que se pode ser, o que se é.

> Definição geral dos afetos: o afeto, que se diz pathema (paixão) do ânimo, é uma ideia confusa, pela qual a mente afirma a força de existir, maior ou menor do que antes, de seu corpo ou de uma parte dele, ideia pela qual, se presente, a própria mente é determinada a pensar uma coisa em vez de outra (SPINOZA, 2007, p. 152).
>
> Espinosa vive sua existência de acordo com os princípios da ascese hedonista do filósofo do Jardim, uma vida propriamente epicurista, portanto: vida saudável, sóbria, privada de paixões negativas, voltada para a coincidência entre seus princípios e seu cotidiano; vida de composição com desejos a esculpir; vida de organização dos prazeres segundo uma aritmética destinada a gerar mais Alegria ao menor custo existencial; vida livre das bugigangas do haver mundano, inteiramente voltada para as virtudes verdadeiras: a razão, a contemplação, a sabedoria, a alegria, a beatitude (ONFRAY, 2009, p. 236).

Almejamos, através de nossas experienciações, a promoção e junção entre saúde, educação e artes. Saúde como o nosso estado atual - seja físico ou mental. Educação como as relações que tecemos ao longo do caminho, com aprendizagens, trocas, partilhas, contaminações, sensações, afetos, potências, experiências, redes, coletivos. Arte como o ponto de intersecção, de encontro, de reflexão, um espaço, o limbo de expressão, de sentimentos, de sensibilidade, de reconhecimento.

Percebemos essa relação, e sua importância, em nosso cotidiano? Paramos para pensar sobre o que nos constitui, nos constrói, nos toca, nos atravessa, nos afeta, nos vaza? Sobre como estamos, nossas percepções, sensações, emoções e sentimentos? Ou passamos a maior parte do tempo sustentando a afirmação de que somos seres racionais, cartesianos, sem sentimentos? Lucro, produtividade, capital e bens, vem antes da vida? E os sentimentos, e o amor? Maturana (2002) já nos dizia: somos seres emocionais, antes de racionais.

Montamos a Geringonça, navegamos…

Entendendo a emoção como movimento e base para qualquer aprendizagem, estivemos em diversos espaços, de diferentes países, promovendo ações éticas-políticas-estéticas. Por meio do Programa de Extensão Geringonça [Pedagogias da diferença. Ecologias da vida. Sustentabilidade] (2018), da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cocriamos linhas de fuga, buscamos nossa vontade de potência, vivenciamos, experimentamos e compartilhamos nossas emoções e percepções.

Para além da Universidade, transitamos por escolas de periferia e assentamento, instituições públicas e privadas, ocupações, universidades, ruas e países da América Latina. Autoproduzindo intervenções e realizando ações que instiguem o olhar sobre si e o outro, sobre o nosso corpo, nossa

cidade, nosso território, nossas redes e conexões. Misturando pedagogias, artes, saúdes, filosofias, diferenças, agindo com/no mundo e permitindo-se ser transformadas.

E é transitando pela Ética e Vontade de Potência em Spinoza (2007), entre teias, redes e traços em Deligny (2015), na Educação Popular problematizadora de Freire, na autopoiese, razão e emoção em Maturana (2002), na loucura vivida e cocriada por Nise da Silveira (2018), que nossa Geringonça propõe e busca evidenciar experiências filosóficas, poéticas, brincantes e loucas em/com cada corpo. Um corpo singular, que habita diferentes territórios e se desterritorializa a cada encontro. Corpo único, que compõe outros corpos, que é corpo porque é coletivo, multidão. Corpo emaranhado, que se cria, modifica, transmuta, varia. Corpo que joga, interage, afeta, sente, transcende e a partir disso, reinventa o mundo.

Navegação: ações em extensão universitária em Santa Fé - Argentina

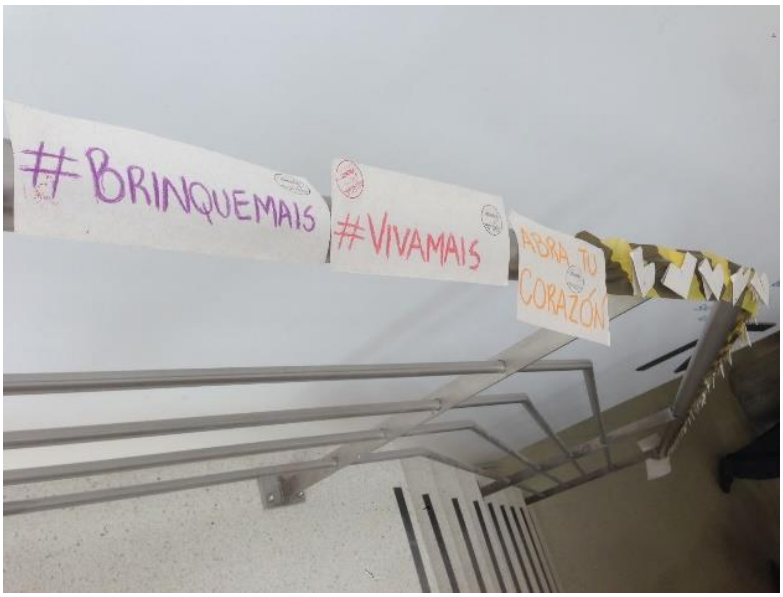
Com o intuito de despertar olhares, sentimentos e sensibilidades, uma de nossas ações ocorreu no Seminário de Extensão da Universidad del Litoral (UNL), em Santa Fé – Argentina. No momento do lanche coletivo, organizado por uma associação de economia solidária de usuários de saúde mental, distribuímos corações feitos de dobradura com frases dentro, como: “Você já abraçou alguém hoje?”, “Tens declarado seu amor?”, “Se ame! Se valorize”, “Você é seu próprio lar!”, “Somos uma mistura!”.

Artesanias feitas à mão, simples e no improviso, movidas pelo desejo de criar um espaço-momento que propiciasse o pensar sobre quem somos, como nos compomos e conectamos, nossas diferenças e semelhanças, nossas redes, teias e vínculos. Assim, como forma de agradecimento pelo lanche preparado, entregamos os corações às cozinheiras e nos afastamos. Após abrir o coração, elas começaram a se abraçar. Instantaneamente. Afetou, tocou, emocionou. Troca de sentimentos, interações que vão além de qualquer escrita, que transpõem as palavras. Depois de se abraçarem, elas andaram até onde estávamos e nos abraçaram também, retribuindo os afetos. Coisa de louco!

As Figuras 1 e 2 ilustram intervenções do Projeto Geringonça em Santa Fé, Argentina.

Figura 1 – Intervenção do Projeto Geringonça em Santa Fé, Argentina. Acervo do Projeto.

Figura 2 – Intervenção do Projeto Geringonça em Santa Fé, Argentina. Acervo do Projeto.



A vida é um quadro que segue se transformando e sendo transformada por nós, a cada momento surgem novas cores, desejos, sentimentos. Somos seres autopoiéticos, que se autoproduzem e auto-organizam por meio das forças orgânicas. Ao tecermos uma pedagogia viva, pedagogia do agora, integrativa, estamos construindo um mundo mais humano e sensível. O bem viver que buscamos, para nós mesmos e para o coletivo, é o que valoriza o simples e corriqueiro, a natureza, as nossas origens. Assim, acreditamos na importância do outro e na necessidade de reconhecer suas diferenças e singularidades, para potencializar a multiplicidade do ser e do viver. O Geringonça, além de linha de fuga, nos permite 'Criar Com'. Elemento essencial quando se pensa na dimensão política que há na academia. Educação popular, saberes populares, medicina tradicional e familiar; terapias

integrativas; soberania alimentar, agricultura familiar, orgânica e ecológica; sistemas simbióticos. Não seria esse o caminho saudável para a existência humana? Conteúdos complexos e difíceis de serem explorados com crianças, com pessoas com deficiência, com usuários de saúde mental? O Projeto Geringonça e suas experiências de 'Encontro Com' utiliza-se da conversação, da combinação, da afetividade, da amorosidade, assim como da expressão e exploração estética, ou plástica, de seus conteúdos.

Lembramos e relemos, retomamos e revivemos a Pedagogia de Maria Montessori ao convidar para explorar e aprender com os conceitos complexos como os que mencionaremos neste artigo. Vejamos o que ela nos dizia sobre o simples-complexo gesto de desenhar o desenho:

> Não ensinamos desenho fazendo desenhar, mas oferecendo a oportunidade de aprimorar-se com os instrumentos de expressão. E penso que isto constitui uma autêntica contribuição para o desenho livre, muito melhor do que esses encorajamentos a desenhos monstruosos e incompreensíveis. A análise das dificuldades - análise dos "componentes" - é, ela também, um meio eficaz para o aprendizado de todos os conhecimentos. E no desenho, de um modo especial, encontram-se elementos diferentes: o contorno e a cor. Ora, é a delimitação dos encaixes e o preenchimento dos desenhos que preparam a mão para uma execução segura desses dois elementos. E são vários os meios - lápis de cor, aquarela - que oferecemos às crianças para que façam representações, mesmo sem contorno linear. Damos também pastéis, ensinando a técnica. Assim, a criança aperfeiçoa-se por meio da educação sem que seja necessário intervir em seus trabalhos espontâneos. A intervenção no trabalho é sempre um obstáculo que interrompe o impulso interior da expressão (MONTESSORI, 2017, p. 282).

Navegação: geringonçar e ir às escolas encontrar crianças

Criando com - com saúde, com artes, com educação, com coletivos - vivemos bons encontros na Escola Municipal Rui Barbosa, localizada no assentamento Capela, no município de Nova Santa Rita - RS. Neste território trocamos histórias, melodias, magias, imaginação e experiências da vida no campo. Nossos encontros foram marcados por roda e música. Na roda conseguimos nos ver e interagir de forma horizontal, as energias se encontram, se conectam. Nessa roda, a imaginação fez surgir um caldeirão e jogamos palavras boas dentro dele - como amor, amigos, família, alegria, geringonça, sanduíche. Preparada a mistura, todos nós pulamos dentro do caldeirão e saímos melecados com as coisas boas que tínhamos compartilhado. Coisa de louco!

Nesses encontros também conhecemos a história da Gatuxa, uma gata-bruxa-confeiteira que preparava maravilhosas receitas. A Gatuxa e as crianças criaram um vínculo muito forte, e a gata confeiteira enviava, por meio de suas ajudantes, receitas veganas, receitas especiais e criadas para suas amigas e seus amigos. A primeira receita enviada para as crianças pela Gatuxa foi o 'Brigadeiriz' - brigadeiro vegano que deixa todo mundo feliz. No outro encontro, enquanto estava no México visitando a Casa Azul da Frida Kahlo, a Gatuxa mandou uma receita de Guacamole - comida típica

do país - para ser feita e compartilhada entre todos nós. Comida sustentável, natural, orgânica e sem exploração animal que pode ser feita em casa ou na própria escola. Ingredientes simples que podem ser encontrados no abacateiro, no pé de cebola, no pé de tomate, no pátio da escola, na horta construída e cuidada pelos alunos, pais e professores. Simplicidade e significante. Experienciação significativa, conversada, artistada e contextualizada.

As Figuras 3 e 4 ilustram intervenções do Projeto Geringonça na Escola Municipal Rui Barbosa, Nova Santa Rita, Rio Grande do Sul, Brasil.

Figuras 3 e 4 – Intervenção do Projeto Geringonça na Escola Municipal Rui Barbosa, Nova Santa Rita, Rio Grande do Sul, Brasil. Acervo do Projeto.

Quanta filosofia cabe na ação de uma criança? Corpos pulsantes que demarcam o lugar onde habitam, apropriam-se do espaço, do seu território que se encontra com os dos outros, permitindo-se sentir e ser. Ali, aconteceu uma obra de arte coletiva feita de maneira simples e orgânica. Experiência sensível, pedagogia sensível, que se conecta com os sentimentos, com o cotidiano e a vida das pessoas que participam dela. Educação popular, educação para a emancipação e autonomia. Feminismo e veganismo foram temas trazidos para nossas rodas e vivenciados por crianças de seis a onze anos. Rodas que unificam o que sentimos com o que estamos (re)conhecendo no mundo, potencializando

os processos educativos vividos a todo instante. A imaginação, as artes, a expressão, as emoções são os caminhos para transitar neste *locus* promotor de saúde.

A criança nos lembra que podemos viver de forma mais leve e brincante, expressa sua liberdade natural sendo ela mesma. A criança tem espírito livre. Não separa, como acredita-se desde Descartes, a mente do seu corpo. Ao contrário, assume o que nos compõe, uma vez que somos corpo, sem separações entre corpo, mente e espírito.

Torna-se importante lembrar aqui a autopoiesis: potência de todos e cada um de produção a si próprio na ação. O que caracteriza o ser vivo é sua organização autopoiética. Seres vivos diferentes se distinguem porque têm estruturas distintas, mas são iguais em organização. Nos compomos em nossos movimentos, imaginações, expressões e afetos. Nos compomos em singular e coletivo.

Navegação: encontros com estudantes e professores da pós-graduação

Percebemos essa separação entre razão e emoção, a dificuldade de olhar para si, de pensar o abstrato, aproveitar a imaginação, pensar além daquilo que se sabe bem e que domina, em uma de nossas oficinas com pós-graduandos. Parece que ao adentrar o 'templo do saber' – a universidade – esquecemos de nós mesmos e tudo precisa ter uma explicação, um motivo, um embasamento teórico, um referencial, uma linha de pesquisa, uma área de abordagem, um grupo de pesquisa, um orientador que possa endossar...

Ao iniciar estudos na universidade esquecemos da criança que fomos, e de que ela ainda nos habita. O modelo representacionista ainda nos marca e limita, pois acreditamos que estamos separados do mundo. Essa crença não permite compor com o mundo, com a natureza, com o universo, que fazem parte do que somos.

Deslocamentos, seja de olhar, de pensamentos, de visão, desacomoda e incomoda. Pensar, de forma abstrata as redes que nos constituem, os trajetos internos e externos que percorremos, é difícil. Observar por outro ângulo, com um outro olhar, ir além da normalidade já imposta, é difícil. Coisa de louco!

Navegação: quem é esse louco com quem navegamos?

Mas, que coisa de louco é essa? Quem é louco? O que é a loucura? Quem define quem é normal e quem é louco?

> Assim como a física quântica não distingue matéria de energia, Jung também não separa matéria e psique. Isto é o que me fascina particularmente em Jung: o que leva os indivíduos, que estão vivendo outros estados do ser que se fragmentam, a tentar restabelecer a unidade própria de cada um. Os pequenos modos da substância infinita, como diz Spinoza. E esses modos tem o direito de ser eles próprios (SILVEIRA, 2009, p. 222).

Confiamos que diferentes estados do ser podem e devem ser respeitados em uma arte que é saúde e que é educação. Diferentes estados do ser e seus modos de existir podem ser mobilizados pela arte 'entrecomposta' com a saúde e entrecruzada com a educação. Somos modos da substância infinita. Modos que buscam a sua potência, e a partir dos encontros potencializam sua ação no mundo.

Defendemos obras coletivas que respeitam os modos próprios de ser, e entendemos que essas obras coletivas provocam estranhamento, repulsa, recusa, e até mesmo destruição por parte daqueles que se negam a experienciar a arte com a saúde e com a educação. Reviver a imaginação que tínhamos 'da' 'e' com a natureza na infância – e ainda temos –, imaginar mundos mais alegres, coloridos e amorosos. De que forma todo esse contexto reconhecido na universidade nos influencia, influencia e afeta nossa saúde? Espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão!

Ainda assim nos perguntamos: como trabalhar, experienciar e valorizar essa loucura? A loucura que é. O louco que é. A pessoa e seus modos de existir. A pessoa e seu modo aracniano de ser. O louco que produz redes. O louco que anda, anda, anda. A louca que pinta, borda, interage, faz filme e escreve poesia - e reside no Hospício. Quem na pós-graduação produz mais do que ela, nos perguntamos!

Como trabalhar com essa loucura que não atrapalha, que compõe, que traz leveza, que possibilita saúde? Como trabalhar com essa loucura que contribui com as artes, com a saúde e se relaciona diretamente com o fazer da educação?

Navegação: o que sustenta nossa leveza, as ondas que nos movem...

O que lemos? É preciso ler para ter argumentos e sustentar ações Geringonça? Do que falamos? De emoção – como espírito de aventura. De vida como obra de arte – coragem. De coisa de louco - por ser experienciação que nos atravessou ao longo dos diferentes encontros nos diversos espaços que navegamos. De coisa de louco, como na terceira forma do conhecimento de Spinoza, em que esta forma de conhecimento se expressa na capacidade de experimentar a eternidade nas/das coisas, experimentar algo que está fora do tempo, a essência da potência em nós, aquilo que há de eterno e se expressa através de tudo, cada coisa, cada substância, cada força de cada matéria, em cada pedrinha, galho, flor, criança...

Spinoza (2007) postula a existência de três gêneros de conhecimento: as experiências vagas, o pensamento dedutivo da razão e a apreensão imediata através da ciência intuitiva. O primeiro gênero de conhecimento se dá de maneira não sistemática, por ouvir dizer. O segundo é prevalente do árduo trabalho das deduções lógicas da razão. O terceiro gênero, tido por Spinoza como a maneira mais elevada de se obter conhecimento, se faz de forma direta, sem os rodeios do pensamento.

Geringonçamos com as teorias? Somos apaixonadas pelas escrituras que se filiem aos modos avessos de dizer do ser, do estar, do aprender. Geringonçamos com os teóricos e as teóricas, os autores e as autoras, as escritoras e os escritores, e, sobretudo, com aqueles que têm saberes de experiência e se dispõem a partilha com todos e qualquer um. Encantadas pelo infinito, por Nise da Silveira, por Spinoza. Formarmos uma teia, nos tornarmos rede de apoio ao geringonçar com quem reconhecemos e com as coisas que reconhecemos.

Navegação: ventos que levam nosso barquinho adiante!

Pulsões, (in)tensões, incomodações e desejos nos levaram a ocupar diversos espaços com nossa Geringonça. Nosso barquinho se move, marca e cria histórias. Produz afetos e une potências. Interage e compõe com o outro. Une arte-saúde-educação em uma pedagogia da leveza, da intuição, da sensibilidade. Valoriza a conexão com nós mesmos e com o outro, os múltiplos corpos e suas formas de se autoproduzirem. Reconhece, inclui e convive com as distintas intensidades e estados do ser, com nossa criança interior e suas manifestações. Esse jeito de ser *Geringa* impulsiona nosso barquinho, fortalece com espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão para seguirmos navegando e expandindo nossa rede!

As Figuras 5 e 6 mostram registros de crianças em atividades do Projeto Geringonça.

Figuras 5 e 6 – Registros de crianças para presentear o Projeto Geringonça. Acervo do Projeto.

O que afirmamos na universidade diz respeito à multiplicidade e à composição, sendo inseparável – ao nosso modo e nosso fazer –, o ensino, a extensão e a pesquisa. Concluímos sugerindo que façamos com singeleza exercícios de pesquisa (ensino e extensão): geringonça, multiprofissional, entre-filosofias, com-pedagogias, na diferença diferindo. O Projeto vem construindo materialidades

e visualidades, memórias e fotocartografias, registros e histórias, que demonstram que a produção da grande saúde está atrelada - inseparavelmente e irremediavelmente - do encontro alegre, inclusivo e aberto ao outro.

> A grande saúde - nós, os novos, sem nome, de difícil compreensão, nós, rebentos prematuros de um futuro ainda não aprovado, nós necessitamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte alerta alegre firme audaz que todas as saúdes até agora (NIETZSCHE, 2012, p. 258).

Referências

DELIGNY, F. **O aracniano e outros textos**. São Paulo: N1-edições, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

MATURANA, H; VARELA, F. **De máquinas e seres vivos:** autopoiese - a organização do vivo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MELLO, L. C. **Nise da Silveira**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Declaração:** isto não é um manifesto. São Paulo: N1-edições, 2016.

ONFRAY, M. **Contra-história da filosofia**: os libertinos barrocos. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

PROJETO GERINGONÇA. **Memórias do Projeto Geringonça**. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <www.ufrgs.br/projetogeringonca>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VALENÇA, F.; CARBONAI, D. **Novos atores em movimento**: o veganismo como prática política. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/cienciapolitica/files/2014/06/veganismotrabalho.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

VALEK, A. **Sejamos todos feministas**, 2014. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1TnB2huuOa6Y-cOLJQkAmwIsoPlABcursrfbGQwCDvfI/edit?usp=sharing>. Acesso em: 27 jul. 2018.

Referência fílmica

Nise: O coração da loucura. Direção: Roberto Berliner, 1h46min. Brasil, 2016.

Nise da Silveira. **Posfácio**: imagens do inconsciente. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EDg0zjMe4nA&t=12s>. Acesso em: 31 jul. 2018.

Nise da Silveira, uma vida uma obra. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_lEGW5HITd0>. Acesso em: 31 jul. 2018.

Pesquisas

QUEDAS EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM USO DE MEDICAMENTOS E SEDENTARISMO: VISÃO DE UMA POPULAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FALLS IN ELDERLY PEOPLE AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE USE OF MEDICINES AND SEDENTARISM: VISION OF A POPULATION IN PRIMARY CARE

CAÍDAS EN ANCIANOS Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y SEDENTARISMO: VISIÓN DE UNA POBLACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Milton Humberto Schanes dos Santos[1]

Emilio Hideyuki Moriguchi[2]

Danilo Blank[3]

Resumo

O envelhecimento populacional acelerado brasileiro traz sérios desafios: aumento das quedas e redução da capacidade funcional. A relação de quedas nesta faixa etária com medicamentos e sedentarismo é bem conhecida. Materiais direcionados aos pacientes e profissionais de saúde carecem da subjetividade popular, focando nos fatores de risco ambientais e epidemiologia. Este estudo analisou qualitativamente entrevistas de 13 frequentadores de 47 a 87 anos de idade de um posto de saúde de Porto Alegre, com o objetivo de registrar os aspectos subjetivos do conhecimento popular da relação existente entre a ocorrência de quedas, sedentarismo e uso de medicamentos em idosos. Metas derivadas dessa principal são sensibilizar profissionais de saúde para a implementação de ações educativas e elaborar um material educativo para esses profissionais. Entrevistas realizadas em duplas ou trios sob roteiro semiestruturado foram gravadas utilizando-se telefone celular. Dados obtidos submetidos à análise de conteúdo do tipo temática descrita por Minayo. Vídeos foram editados e disponibilizados restritamente como parte do material. Doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos é categoria que destacou benzodiazepínicos e analgésicos como favorecedores de quedas, assim como doenças, dores, automedicação e falta de cálcio. Analgésicos e ansiolíticos protegeriam de quedas, paradoxalmente, assim como cálcio, vitamina D e alendronato. Ambiente, atividade física e envelhecimento destaca inadequação estrutural e de acessibilidade, dinapenia, sarcopenia, alterações de memória, marcha, equilíbrio e flexibilidade, além da redução da acuidade visual e atenção como favorecedores de quedas. Exercícios físicos, mesmo tardios, estruturas físicas dos lares, banhos de sol, condicionamento físico, caminhar, subir escadas, musculação e atividades domésticas preveniram quedas. Outra categoria, elementos de apoio, destacou ansiedade, depressão, desânimo, medo de cair novamente, isolamento social, ausência de apoio familiar ou de bengala como favorecedores de quedas. Acompanhamento médico e psicológico, presença

[1] Médico geriatra. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médico do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Médico Clínico do Departamento de Atenção à Saúde da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFRGS. E-mail: mhsantos76@gmail.com

[2] Professor adjunto do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: emilio.moriguchi@gmail.com

[3] Professor titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da UFRGS, Porto Alegre, RS. E-mail: blank@ufrgs.br

de familiar ou acompanhante ao sair, estímulo ao autocuidado, diminuição da ansiedade, uso de bengalas, orientações aos pedestres e aos cuidadores de idosos e forte rede de relações as preveniram.
Palavras-chave: idosos; quedas; medicamentos; atividade física.

Abstract
Accelerated aging in Brazil brings serious challenges: increased falls and reduced functional capacity. The relationship of falls in this age group with medications use and sedentary lifestyle is well known. Materials targeted to patients and health professionals lack popular subjectivity, focusing on environmental risk factors and epidemiology. This study qualitatively analyzed interviews of 13 attendees aged 47 to 87 years of age of health clinic in Porto Alegre, aiming to formulate educational material for health professionals that relates popular knowledge and subjectivity to the scientific literature. Interviews conducted in pairs or trios under semi-structured script were recorded using a cellular phone. Data obtained submitted to thematic type content analysis technique described by Minayo. Videos have been edited and made available as part of the material. Diseases, Symptoms, Balance and Medicines is category that highlighted benzodiazepines and analgesics as fall leading factors, as well as diseases, pains, self-medication and lack of calcium. Analgesics and anxiolytics would protect from falls, paradoxically, as well as calcium, vitamin D and alendronate. Environment, physical activity and aging highlights structural and accessibility inadequacy, dynapenia, sarcopenia, memory alterations, gait, balance and flexibility, as well as the reduction of visual acuity and attention as fall leading factors. Physical, even late physical exercises, home physical structures, sunbathing, physical conditioning, walking, climbing stairs, bodybuilding, and housework would prevent falls. Another category, elements of support, highlighted anxiety, depression, discouragement, fear of falling again, social isolation, lack of family support or flare as fall leading factors. Medical and psychological follow-up, presence of family member or companion on leaving, self-care, anxiety reduction, use of walking sticks, guidelines for pedestrians and caregivers of elderly people and a strong network of relationships would prevent them.
Keywords: elderly; falls; medicines; physical activity.

Resumen
El envejecimiento poblacional acelerado brasileño trae serios desafíos: aumento de las caídas y reducción de la capacidad funcional. La relación de caídas en este grupo de edad con drogas y inactividad física es bien conocida. Los materiales dirigidos a los pacientes y los profesionales de la salud carecen de la subjetividad popular, enfocándose en los factores de riesgo ambiental y epidemiología. Este estudio analizó cualitativamente entrevistas de 13 asistentes de 47 a 87 años de un puesto de salud de Porto Alegre, con el objetivo de formular material educativo a los profesionales de salud que alias conocimiento popular y subjetividad a la literatura científica. Entrevistas realizadas en dobles o tríos bajo guión semiestructurado se grabaron utilizando el teléfono móvil. Los datos obtenidos sometidos al análisis de contenido del tipo temático descrito por Minayo. Los vídeos fueron editados y disponibles de forma restringida como parte del material. Las enfermedades, los síntomas, el equilibrio y las drogas es una categoría que destacó benzodiacepinas y analgésicos como favorecedores de caídas, así como enfermedades, dolores, automedicación y falta de calcio. Los analgésicos y los ansiolíticos protegerían de caídas, paradójicamente, así como el calcio, la vitamina D y el alendronato. El ambiente, la actividad física y el envejecimiento, presentan una inadecuación estructural y de accesibilidad, dinapenia, sarcopenia, cambios de memoria, marcha, equilibrio y flexibilidad, además de la reducción de la agudeza visual y atención como favorecedores de caídas. Ejercicios físicos, incluso tardíos, estructuras físicas de los hogares, baños de sol, condicionamiento físico, caminar, subir escaleras, musculación y actividades domésticas prevenían caídas. Otra categoría, elementos de apoyo, destacó ansiedad, depresión, desánimo, miedo a caer nuevamente, aislamiento social, ausencia de apoyo familiar o de bengala como favorecedores de caídas. Acompañamiento médico y psicológico, presencia de familiar o acompañante al salir, estímulo al autocuidado, disminución de la ansiedad, uso de bastones, orientaciones a los peatones ya los cuidadores de ancianos y fuerte red de relaciones las previnieran.
Palabras clave: personas mayores; caídas; drogas; actividad física.

Introdução

O envelhecimento populacional no mundo, como na América Latina, se destaca pela velocidade com que vem ocorrendo, trazendo consigo novas necessidades e demandas: desafio para

os gestores de saúde. Ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional se processou ao longo de décadas e após a consolidação de sua riqueza, a América Latina experimenta um envelhecimento acelerado em meio a percalços econômicos, culturais e sociais, como no exemplo brasileiro (KALACHE, 2008).

Segundo censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 11 % da população brasileira tem 60 anos ou mais e esta proporção tende a aumentar. Porto Alegre é a capital no Brasil com maior porcentagem de população acima dos 60 anos: mais de 211 mil habitantes, cerca de 15% da população da cidade. A expectativa de vida no Brasil alcançou 74 anos, sendo 77,7 anos nas mulheres e 70,6 anos nos homens, reflexo da melhoria da cobertura vacinal, incremento do cuidado médico e das tecnologias de saúde e acesso destes à população, saneamento básico, escolaridade, renda e outros determinantes sociais (IBGE, 2010).

Considerando as peculiaridades desta parcela populacional no que tange à promoção da saúde, novas estratégias e planejamentos para realizá-las serão necessários. Promover o autocuidado, o protagonismo e o envelhecimento ativo e saudável, além da manutenção da capacidade funcional e reabilitação da capacidade funcional comprometida têm grande importância e constam nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 1999) e na Política de Saúde do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005), que ressaltam a visão integral do indivíduo e a abordagem interdisciplinar das questões de saúde.

O envelhecimento ativo compreende participação social, cognição, comportamentos de saúde, prevenção e controle de doenças crônicas, sendo reflexo direto da educação em saúde. Articulação dos conhecimentos técnico e popular, além da mobilização de recursos individuais e coletivos são indutores de hábitos de vida saudáveis, considerando-se sempre o modo de pensar e viver dos participantes (MALLMANN et al., 2015).

As quedas constituem um dos principais problemas de saúde entre os idosos. No Brasil, sua prevalência varia de 30 a 35%, sendo mais frequentes no sexo feminino, nos idosos que vivem sozinhos, naqueles com múltiplas comorbidades, com baixa capacidade funcional e nos que têm autopercepção de saúde pior (SIQUEIRA et al., 2011). Um terço dos idosos com 65 anos de idade cai anualmente, cerca de 42% aos 70 anos e 50% aos 80 anos. Em um terço a metade destes casos, há recorrência das quedas. Há também aumento diretamente proporcional com o grau de fragilidade. Idosos institucionalizados aos 65 anos de idade caem 50% anualmente (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

Sérias consequências físicas, psicológicas e sociais decorrem das quedas em idosos. Um terço dos idosos que caem tem declínio funcional, 5% das quedas resultam em fraturas, 10% resultam em lesões de tecidos moles ou cabeça. Representam 12% das mortes de idosos no mundo, sendo a

quinta causa de morte nesta faixa etária e a primeira por causa externa (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014). Contudo, há uma cultura social de que as quedas nos idosos são fenômenos normais e próprios ao envelhecimento.

Aumento do medo de cair novamente impactando negativamente no desempenho das atividades diárias foi descrito (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNYOR, 2004). A frequência de síndrome pós-queda e medo de cair é de 73% nos idosos que caíram no último ano e de 46% naqueles que não relataram quedas neste período (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014). Pode haver uma tendência à depressão, imobilidade, isolamento social ou superproteção de familiares e/ou cuidadores aos idosos que caem acarretando prejuízo a sua funcionalidade global e um aumento na dependência (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

Os fatores relacionados às quedas podem estar nos indivíduos (intrínsecos) ou no ambiente (extrínsecos). Os fatores de risco intrínsecos englobam mudanças fisiológicas do envelhecimento – tais como redução da visão e audição, sarcopenia e alterações do equilíbrio – e condições patológicas – tais como demência, sequelas de acidentes vasculares cerebrais, anemia, diabetes, doenças degenerativas articulares, depressão e efeitos adversos de medicamentos (PASQUETTI; APICELLA; MANGONE, 2014). Entre os fatores de risco extrínsecos (ambientais) destacam-se a iluminação inadequada, superfícies irregulares, escadas sem corrimãos, rampas inadequadas ou ausentes, pisos sem antiderrapantes, além de objetos ou móveis em locais inadequados (CUNHA; LOURENÇO, 2014).Outros fatores de risco são: fraqueza muscular (dinapenia), histórico de quedas, artrite, uso de dispositivos auxiliares de locomoção, déficits de equilíbrio, marcha, visual e cognitivo, redução do número de atividades básicas da vida diária realizadas, polifarmácia, sexo feminino, uso de antiarrítmicos, uso de psicotrópicos (hipnóticos, sedativos e ansiolíticos) e idade maior que 80 anos (CUNHA; LOURENÇO, 2014; LIMA; CEZARIO, 2014; SWIFT; ILIFFE, 2014).

A avaliação de quedas passa necessariamente por identificar a(s) causa(s), tentando corrigi-la(s), algo nem sempre factível pela complexidade e multifatorialidade envolvidas. A maioria dos eventos ocorre nos ambientes domésticos ou ao redor destes, geralmente durante as atividades de vida diária.

A correlação entre sedentarismo e quedas em idosos é bastante consistente (BARROS; SOUZA; UCHOA, 2012; THIBAUD et al., 2012). Idosos fisicamente ativos apresentam melhores escores de força, equilíbrio e mobilidade em testes de desempenho funcional e, consequentemente, menor probabilidade de sofrer quedas (PINHEIRO et al., 2010).

Igualmente, estudos têm relacionado as quedas em idosos ao uso de medicamentos (MARIN et al., 2008; PINHEIRO et al., 2010; PLUIJM et al., 2006; SUELVES; MARTÍNEZ; MEDINA,

2010), destacando-se classes específicas de drogas como os antiarrítmicos, anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e psicotrópicos.

Programas que avaliam a marcha, o equilíbrio, as medicações em uso e o ambiente do domicílio dos idosos são eficazes e de baixo custo, além de factíveis de serem realizados em serviços de atenção básica à saúde (CABERLON; BOS, 2015). Programas de educação e informação sobre o assunto têm evidências menos robustas (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014). Entretanto, a rede social deve ser inserida na educação em saúde do idoso, visto que mudanças de comportamento e atitudes dos idosos são advindas de estratégias que valorizam seus saberes e crenças, criando um espaço de construção mútua de aprendizagem (MALLMANN et al., 2015).

Uma das barreiras da estratégia preventiva é a dificuldade do idoso de se conscientizar sobre os fatores de risco, assim como de reconhecê-los, assunto não discutido com o médico (LEE et al., 2013). Sendo assim, estas estruturas acabam por não ser implementadas até que uma lesão ou sequela de queda sobrevenha (GASPAROTTO, 2014). Estudo qualitativo realizado com um grupo de idosos de Porto Alegre demonstrou que um dos grupos não percebia as quedas como um problema de saúde, sugerindo que estratégias preventivas não alcançariam esta população, enquanto em outro, há esta percepção, mas os fatores de risco não são evitados, considerando a sua capacidade de "cuidar-se" como norteadora de prevenção a quedas (MORSCH; MYSTIW; MYSTIW, 2016).

Por vezes, deliberadamente, há exposição a situações de óbvio risco de quedas as quais acarretam sensação de orgulho e bem-estar se superadas (POHL et al., 2015). Essa é outra razão para o não reconhecimento ou minimização do risco de quedas, ou seja, desejo de reafirmar aos outros e a si mesmo a manutenção de sua capacidade de autocuidado, autonomia e independência.

A sensação de repressão, restrição em realizar suas atividades favoritas e de um estruturado programa de prevenção de quedas com base em uma lista, por exemplo, reforça a confiança do idoso no compartilhamento de informações com outros idosos em detrimento de profissionais de saúde ou familiares (POHL et al., 2015).

A estratégia de intervenção multifatorial para prevenção de quedas, a qual engloba avaliação do risco de quedas, modificação do ambiente domiciliar, revisão de medicamentos, exercícios físicos, cuidados com os pés e programas educacionais, é recomendada pela American Geriatrics Society (AGS) e pela British Geriatrics Society (BGS) (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014; BARKER et al., 2015).

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi registrar os aspectos subjetivos do conhecimento popular da relação existente entre a ocorrência de quedas, sedentarismo e uso de medicamentos em idosos. Metas derivadas dessa principal foram: sensibilizar profissionais de saúde para a implementação de ações educativas em saúde, fortalecendo as redes sociais, e elaborar um

material educativo para esses profissionais, passível de ser usado em práticas educativas de atenção à saúde e em educação profissional permanente.

Metodologia

Este estudo teve uma abordagem qualitativa, procedimento metodológico de pesquisa ação na elaboração de um material educativo sobre a temática dirigido aos profissionais de saúde.

As informações foram coletadas por meio da técnica de entrevista semiestruturada, composta por questões abertas. Grupos de duas ou três pessoas selecionadas aleatoriamente na sala de espera do Centro de Saúde Navegantes, Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, participaram das entrevistas. Foram incluídos na pesquisa familiares ou os próprios idosos, com idade mínima de 18 anos e boa capacidade de comunicação, que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo para uso de imagens e depoimentos dos entrevistados, segundo a Lei 9.610 de 1998 (BRASIL, 1998). Foram excluídos os que não conseguiam se comunicar, menores de idade ou com déficit cognitivo significativo (Miniexame do Estado Mental < 24) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Treze entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, gravadas no telefone celular e, posteriormente, transcritas e analisadas na íntegra para melhor compreensão do material. Cada entrevistado recebeu a letra P e um número de identificação (P1, P2, P3, ...). Para a análise das informações, utilizamos a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo (2010).

Os arquivos de áudio e vídeo das entrevistas serão armazenados sob sigilo e utilizados somente para esta pesquisa e para o material audiovisual relacionado a ela, o qual será disponibilizado somente para profissionais de saúde no YouTube como vídeo não listado, portanto, somente acessível a quem possuir o link.

A análise do material audiovisual das entrevistas resultou na criação de três categorias e 12 subcategorias sobre o assunto apresentadas por meio de diagramas.

Resultados e discussão

Os treze entrevistados tinham entre 47 e 87 anos de idade com média de idade de 66,8 anos, eram em sua maioria do sexo feminino (11), com escolaridade predominante de primeiro e/ou segundo graus completos (09) e renda mensal familiar entre R$ 1.001,00 e R$ 3.000,00.

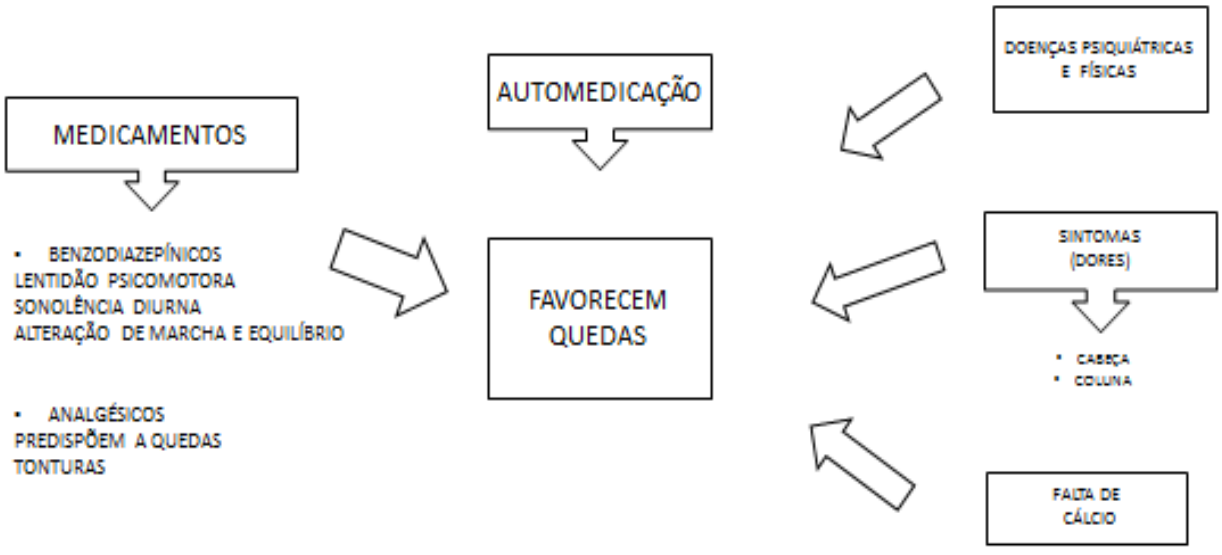
A análise do conteúdo das entrevistas resultou nas categorias e subcategorias de análise a seguir descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Categorias e frequência de citação dos temas das subcategorias conforme análise de conteúdo das transcrições das entrevistas.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	SUBCATEGORIA	FREQUÊNCIA
Doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos	97	Medicamentos	40
		Automedicação	03
		Doenças físicas, psiquiátricas e tratamentos	13
		Sintomas (dores)	11
		Falta de cálcio	22
		Vitaminas	08
Atividade física, ambiente e envelhecimento	84	Ambiente	45
		Envelhecimento	21
		Atividade física	18
Elementos de apoio	65	Psíquico	25
		Psíquico	22
		Auxiliar de locomoção	18

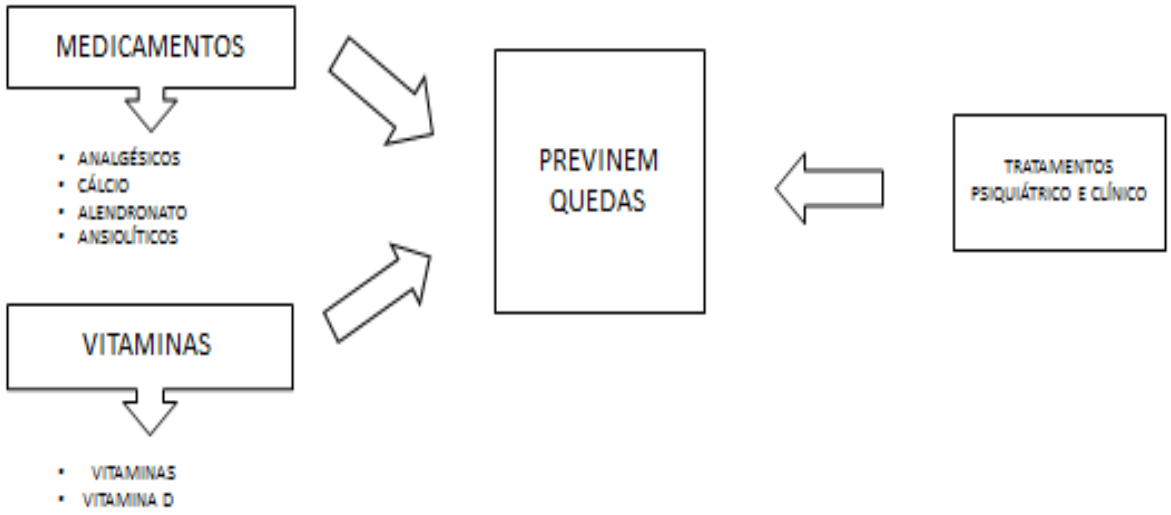
Na análise temática, a categoria que englobava doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos pode ser associada a fatores facilitadores de quedas, o que permitiu criar as subcategorias representadas na Figura 1.

Figura 1 – Doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos.



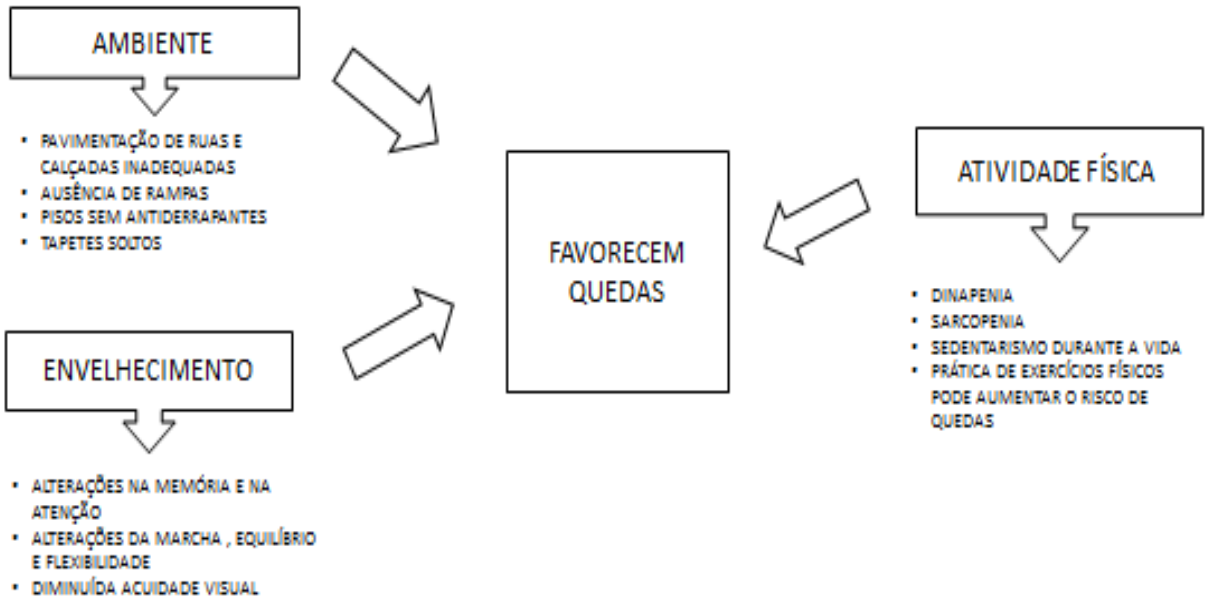
Ainda nessa categoria, o uso de cálcio, alendronato, analgésicos, ansiolíticos analgésicos e vitaminas assim como tratamentos clínico e psiquiátrico e exames gerais seriam fatores protetores (Figura 2).

Figura 2 – Doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos.



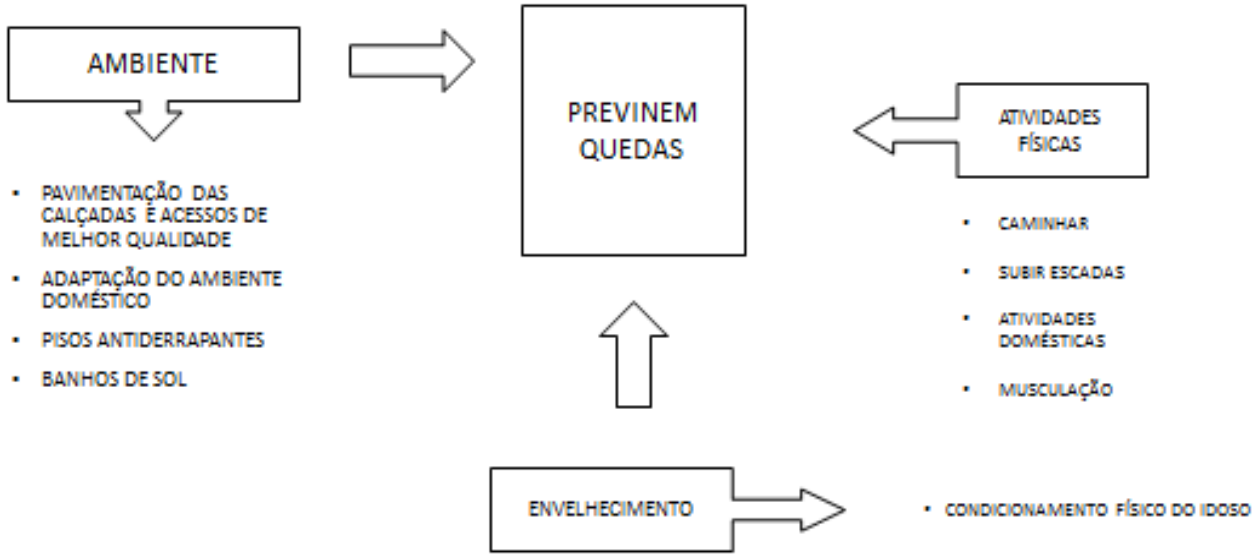
A Figura 3 mostra as subcategorias entendidas como promotoras de quedas, dentro da categoria que englobava atividade física, ambiente e envelhecimento.

Figura 3 – Atividade física, ambiente e envelhecimento.



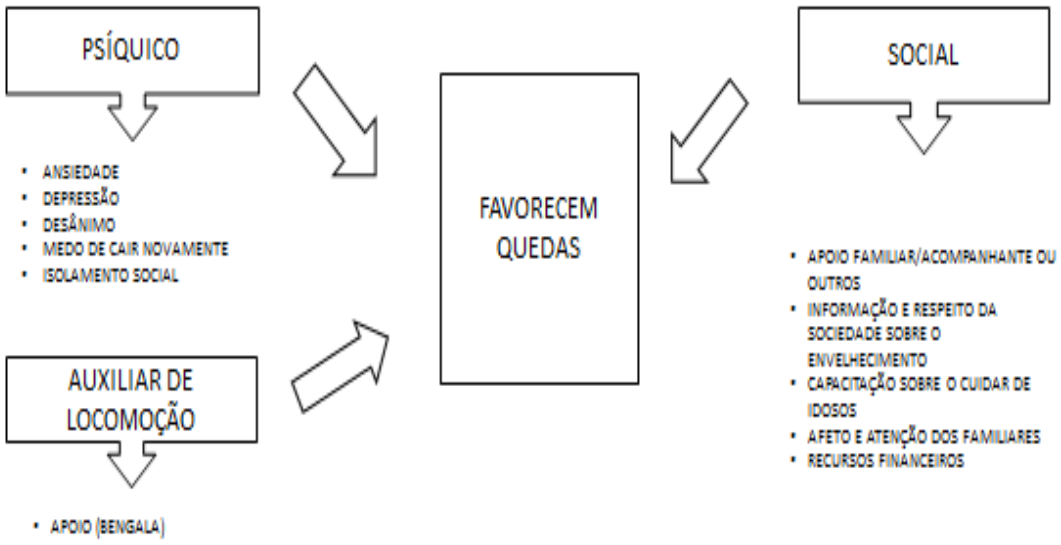
Da mesma forma, a Figura 4 mostra os fatores protetores nessa categoria.

Figura 4 – Atividade física, ambiente e envelhecimento.



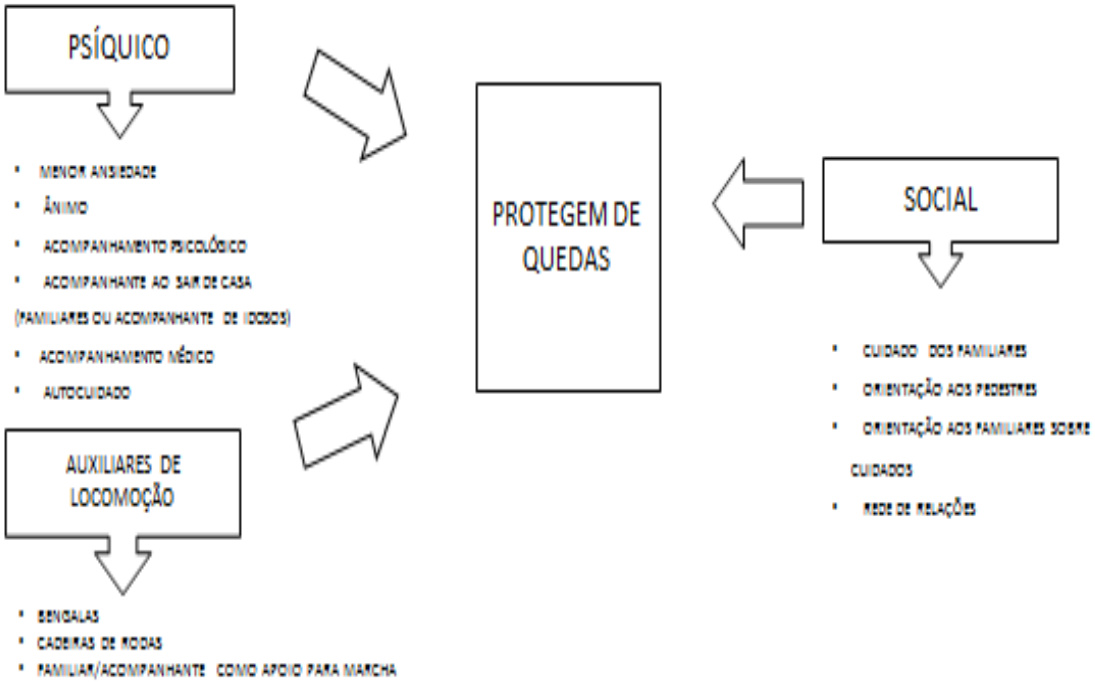
Por fim, a Figura 5 mostra a ausência de elementos de apoio e sua relação entendida com quedas em idosos.

Figura 5 – Ausência de elementos de apoio (social, psíquico e auxiliar de locomoção).



Estratégias protetoras de quedas expressas pela presença de elementos de apoio são mostradas na Figura 6.

Figura 6 – Presença de elementos de apoio (social, psíquico e auxiliar de locomoção).



Categoria doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos

Nesta categoria os entrevistados citaram que o uso de medicamentos poderia tanto prevenir como favorecer quedas em idosos. A entrevista P6 ilustra a relação de medicamentos à ocorrência de quedas:

> Acho que tem muito a ver. Dependendo do medicamento a pessoa pode ficar mais sonolenta, mais lenta, menos raciocínio, acho que pode favorecer ela cair, né? (P6)

Para a entrevistada P2 os medicamentos possuíam a capacidade de manter os pacientes calmos, favorecendo o equilíbrio e, consequentemente, evitando quedas:

> Acho que tinha que usar um medicamento para manter o equilíbrio, sempre no ritmo certo, acho que é remédio sim. [...]. Ser menos nervosa, manter relações com as pessoas, ter muita calma, coisa que eu não tenho. Acho que é isso. Acho que isso influencia nas quedas, para mim, a queda é uma falta de equilíbrio. (P2)

Para P6 e P10 os medicamentos não influenciam na promoção ou proteção de quedas:

> Remédio, não. Acho que não. A não ser que ele cure o que tem, para poder se equilibrar de novo. (P6)

> Acho que não existe, para mim é uma consequência mesmo da idade, do corpo, não deve existir (P10)

A prevalência de quedas nos idosos da comunidade tem sido associada com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde ruim e com uso de maior número de medicamentos de forma contínua. Da mesma maneira, é bastante prevalente a insônia entre idosos que já sofreram quedas (49%) (GASPAROTTO, 2014).

Mobilidade reduzida, insuficiência cardíaca e noctúria eram fortes preditores de quedas em estudo com seguimento de 6 anos, assim como uso de neurolépticos e baixa velocidade da marcha (STENHAGEN et al., 2013). Da mesma forma, dor crônica associada a osteoporose ou incontinência urinária eleva o risco de quedas em 50% (DELLAROZA et al., 2014).

Em idosos institucionalizados este risco é especialmente relacionado ao número de doenças crônicas, mas também à incontinência urinária, à polifarmácia, ao uso de antidepressivos e à presença de arritmias (GASPAROTTO, 2014).

Os benzodiazepínicos e os analgésicos foram citados como causadoras de quedas. Os benzodiazepínicos clonazepam e diazepam, de uso bastante comum pela alta prevalência de insônia relatada, predisporiam às quedas por causarem lentificação psicomotora, sonolência diurna e alterações na marcha e equilíbrio como se percebe nas falas de P1 e P2:

> Acho que esses remédios para dormir, eu mesmo já tomei remédio para dormir e tive que ficar me segurando, sempre estava querendo cair. Não esse para relaxar, não esses para depressão, mas aqueles para dormir. Não me lembro direito, era gotinhas, acho que era Rivotril. Foi prescrito 10 gotas, achei muito e tomei 08 gotas. Eu tinha a sensação que ia cair, atingiu demais minha cabeça.(P1)

> Diazepam, tem sim, era Diazepam. Ficava estropiada com ele, ficava lerda demais com ele. (P2)

Os analgésicos poderiam predispor às quedas por acarretarem tonturas, exigindo dos usuários um cuidado redobrado ou preveni-las por aliviar a dor e promover restabelecimento do equilíbrio e da marcha:

> Existem remédios, falando com minha amiga, existe um remédio para dor que dá muita tontura, mas aí ela caminha bem lentamente. (P8)

> Mas é que a pessoa tem que se cuidar o dobro. Se ela tem que tomar por sentir dor, o cuidado é dobrado. (P8)

> Se a pessoa tem problema de coluna, ela consultando um médico que vai dar um remédio direitinho; tomando um remédio adequado para dor na coluna ela vai caminhar sem dor; caminhando direitinho, ela não vai torcer o pé, se desequilibrar. (P12)

Estudos brasileiros que analisaram a relação dos medicamentos com a ocorrência de quedas ou fraturas decorrentes destas mostraram associação positiva com o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos, além de aumento de cerca de 100% do risco de fraturas por quedas com uso de

bloqueadores de canais de cálcio e benzodiazepínicos. Betabloqueadores, diuréticos, ansiolíticos e sedativos também aumentaram o risco para quedas, assim como os analgésicos opioides usados por idosos com osteoartrite (GASPAROTTO, 2014; OLIVEIRA et al., 2016). Fraturas por quedas também se associaram com o uso de relaxantes musculares (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012; OLIVEIRA et al., 2016; BEERS, 2015; O'MAHONY et al., 2015).

Prescrição de medicamentos cardiovasculares e psicotrópicos se correlacionava com maior número de admissões hospitalares por quedas, especialmente em idosos de idades mais avançadas e naqueles com múltiplas comorbidades (GASPAROTTO, 2014). Psicotrópicos e medicações cardiovasculares como anticoagulantes, antiplaquetários e anti-hipertensivos aumentavam risco de lesão cerebral traumática (MONTALI et al., 2015).

O uso de benzodiazepínicos foi associado com recorrência de quedas no estudo Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS) em ambos sexos. As taxas alcançaram 15% nos homens e 25% nas mulheres (GASPAROTTO, 2014; PINHEIRO et al., 2010).

Digna de nota nas entrevistas é a ausência de menção aos anti-hipertensivos (diuréticos, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio) como medicamentos que aumentem o risco de quedas em idosos. Anti-hipertensivos em uma coorte de 3 anos com mais de 4900 pacientes hipertensos com 70 anos de idade ou mais foram associados com aumento das lesões decorrentes de quedas, particularmente naqueles com história prévia de quedas (TINETTI et al., 2014).

Analgésicos foram relacionados corretamente com tonturas e na literatura estão associados a aumento das quedas e fraturas decorrentes. O mecanismo pelo qual os analgésicos causam quedas são a hipotensão postural e as vertigens que podem acarretar (OLIVEIRA et al., 2016).

Revisão sistemática incluindo 159 estudos mostrou redução de quedas em idosos com revisão e ajuste de doses de medicamentos. Gradual descontinuação de medicamentos para dormir, ansiedade e depressão (psicotrópicos) reduziu o número de quedas (GILLESPIE et al., 2012). Retirada ou redução de medicamentos psicoativos, redução de dose ou do número de medicamentos prescritos e avaliação de hipotensão postural, aliás, têm evidências de nível B na proteção a quedas em idosos (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

A automedicação também foi mencionada corretamente como fator adjuvante nas quedas, conforme P13:

> Também a automedicação por vezes: fulano diz que toma aquele remédio, aquele é bom, e não é (P13).

As dores, especialmente de cabeça ou coluna e as comorbidades clínicas também poderiam acarretar quedas:

> Eu também acho a mesma coisa, assim como agora, eu sou uma pessoa que esqueço o que vou falar, assim eu acho que não sei se eu quero me segurar, como eu vejo que vou cair e não me seguro, por isso, eu vejo que também é da cabeça e a coluna (aponta para a coluna cervical). Esses problemas de coluna e do pescoço também atrapalham muito, tem dificuldade de levantar a cabeça, me dói muito, aqui na cervical e ombros, isso dói bastante, assim eu acho que muito do desequilíbrio é da idade e da coluna. (P2)

> Por exemplo, tontura, pode ser coração ou do pulmão, quando saiu a água do meu pulmão, eu me senti melhor, em vista do que eu estava, não estou 100%, caminhava 3 ou 4 passos e tinha que parar. (P9)

O perfil de idosos que caem inclui doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, insuficiência coronariana, osteoporose e catarata. A fragilidade pode ser preditora de quedas recorrentes ou secundárias. Da mesma forma, condições neurológicas que alterem a função vestibular, propriocepção e cognição, como a Demência de Alzheimer e Doença de Parkinson, estão relacionadas com quedas, assim como os sintomas depressivos detectados na escala de depressão geriátrica e as alterações visuais (GASPAROTTO, 2014).

Essa percepção foi relatada nas entrevistas com destaque para a osteoporose, doenças que afetam o domínio cognitivo memória, nas quais se incluem a demência de Alzheimer e a Depressão, a obesidade, a síndrome de fragilidade, expressa como uma ideia geral de fraqueza, a deficiência visual e desequilíbrio. Destaca-se também que estiveram ausentes nas entrevistas relações de quedas com doenças crônicas como a insuficiência coronariana, os acidentes vasculares cerebrais, o diabetes e a doença de Parkinson.

A presença de sintomas psiquiátricos como a ansiedade igualmente poderia predispor a quedas, sendo o uso de ansiolíticos fator equivocadamente associado a prevenção:

> Eu acho que um tratamento. Envolveria o corpo inteiro e a parte psiquiátrica também. (P12)

> Os doutores devem saber o que faz bem para a gente, como pessoa idosa: o organismo, a pressão, os nervos. Coisa que estraga a pessoa idosa é os nervos. Meu Deus, fico nervosa, irritada, meu Deus. Gostaria, no meu caso, de tomar um remédio, um comprimidinho por dia, não sei como for, para a gente se manter calma e equilibrada. Na pessoa idosa como eu, o importante é manter a calma e o equilíbrio, dentro de casa e com as pessoas. (P2)

A falta de cálcio, fator predisponente, seria minimizada pela reposição junto ao uso de vitamina D e alendronato, conforme ilustrado nas falas:

> Pela informação que tenho, ele pode dar um reforço nos ossos, deixar o osso mais firme. O Cálcio mais o Alendronato, com a vitamina aquela... a vitamina D. Fortalecer os ossos ajuda para evitar as quedas. (P8)

> Precisa tomar um cálcio, vitamina para fortificar os ossos da pessoa idosa porque senão enfraquece. O osso enfraquece... um pouquinho, acho que é necessário. (P7)

A vitamina D exerce efeito protetor sobre a ocorrência (MURAD et al., 2011; KALYANI et al., 2010) e a recorrência de quedas (GASPAROTTO, 2014; PINHEIRO et al., 2010). O efeito é mais proeminente nos pacientes com deficiência de vitamina D e na administração concomitante com cálcio (MURAD et al., 2011). Não foi observada redução estatisticamente significativa sem uso concomitante com cálcio (MURAD et al., 2011). Vitamina D em revisão sistemática não reduziu a taxa ou o risco de quedas em idosos, mas pode ser importante nos idosos que tem deficiência prévia ao tratamento (GILLESPIE et al., 2012).

Uma redução de 14% no risco relativo de quedas foi observada com uso de vitamina D na faixa de 200-1000 Unidades Internacionais (UI)/dia. Esse efeito era mais expressivo em idosos não institucionalizados com menos de 80 anos de idade, com doses de 800 UI /dia ou maiores, com uso adjuvante de cálcio, nos pacientes com duração de tratamento superior a 6 meses e sem história prévia de quedas ou fraturas (KALYANI et al., 2010).

Vitamina D associado a uma dieta hipercalórica e rica em proteínas com suplementos nutricionais orais em idosos com desnutrição e deficiência deste componente que são admitidos no hospital pode reduzir a taxa de quedas no curto período de 3 meses no seguimento pós alta. Idosos desnutridos e com deficiência de vitamina D têm dinapenia e sarcopenia e melhorar sua nutrição acarreta ganhos na força, massa e função muscular, além do equilíbrio (NEELEMAAT et al., 2012).

Recomendações do Consenso da Sociedade Americana de Geriatria sobre suplementação de vitamina D na prevenção de quedas e suas consequências postulam que 1000 UI/dia desta vitamina junto à administração de cálcio 1000 a 1200 miligramas (mg) /dia a idosos com 65 anos de idade ou mais da comunidade ou institucionalizados reduzem o risco de quedas e fraturas. Individualização das doses de vitamina D administradas é sugerida: adicionar 500-800 UI/dia nos obesos ou com peso maior de 90 quilogramas (kg) e 600-800 UI/dia nos pacientes da raça negra, pois estes têm níveis basais desta vitamina mais baixos (JUDGE, 2014).

Estudo randomizado duplo cego mais recente, com duração de 2 anos para avaliar o efeito da vitamina D e de um programa de exercícios físicos em 409 mulheres de 70 a 80 anos de idade, não demonstrou redução do número de quedas, mas sim das quedas com lesões associadas. Essa redução era estatisticamente significante nos grupos que realizaram o programa de exercícios físicos independente da associação com uso de vitamina. A vitamina D mantinha a densidade óssea do colo femoral e aumentava levemente a densidade trabecular tibial, mas não realçava os efeitos dos exercícios físicos sobre a função e força musculares e o equilíbrio (UUSI-RASI et al., 2015).

O uso de vitaminas em geral, não especificamente a vitamina D, assim como o autocuidado da saúde com revisões por exames gerais também foram citados como protetores:

> Eu penso também que vitamina pode ajudar, não sei o que, mas penso que há uma vitamina para fortalecer o idoso, eu lembro da criança que a gente dá vitamina para a criança fortalecer, então o idoso, também deve ter uma vitamina, acho que é parecido. Uso para equilibrar uma criança, também deve equilibrar um idoso. (P1)

> Acho que a pessoa tem que fazer um tratamento, fazer exames gerais, ver como ela está, melhorar, aí ela terá uma perspectiva para fazer o que ela quer, poder andar sozinha, caminhar assim de um lado a outro sem precisar de alguém junto a ela. (P12)

Categoria atividade física, ambiente e envelhecimento

Nesta categoria os entrevistados discorreram sobre os fatores ambientais, a atividade física/sedentarismo e as alterações relacionadas ao envelhecimento ligadas à ocorrência de quedas nesta faixa etária. Na subcategoria ambiente destacaram-se a pavimentação de ruas e calçadas inadequadas, pisos sem antiderrapantes e tapetes soltos como potencialmente indutores de quedas, como se vê nas entrevistas P3, P6 e P8:

> Dentro de casa, tapetes. Isso causa muito tombo nas pessoas. Criança, idoso, qualquer um. E também o piso, se não é antiderrapante [...]. Com tempo úmido, é fácil as pessoas caírem dentro de casa. (P3)

> Eu já vi na rua cair 2 vezes, acho que o chão da rua não era um chão legal para caminhar, não era plano, tipo um buraco, aí ela se desequilibrou e foi para o chão. (P6)

> Em casa, acredito que tenha que cuidar os tapetes, o chão não pode ser muito escorregadio, usar antiderrapantes, estas coisas... passar na rua, quando tem que correr, alguém pode ajudar; a sinaleira, por vezes, é muito rápida. (P8)

A melhor qualidade de pavimentação das ruas, a adaptação dos ambientes domésticos com minimização do número de móveis e objetos, pisos antiderrapantes e banhos de sol seriam fatores protetores:

> O que a gente sabe é não ter tapete em casa, não ter piso escorregadio, deixar o ambiente o mais livre possível de coisas que possam causar algum acidente doméstico, neste sentido. Lá em casa a gente evita tapetes, não tem nada destas coisas. (P10)

> "Bom, eu nunca tive essa experiência, também nunca vi ninguém cair, mas tenho um casal conhecido que prevendo a queda, adaptou todo seu apartamento, um casal idoso: puseram corrimões nos corredores, melhoraram o banheiro social; no lavabo colocaram corrimões, assento para banho e higiene, alargaram as portas para, se precisar, passar uma cadeira de rodas por ali. Eu achei fantástico porque está prevenindo uma possível queda ou outro tipo de problema que precise de uma cadeira de rodas. (P11)

> Quando dei por mim, estava no chão. Não consegui levantar, precisei de ajuda, fui ao Pronto Socorro. Já vi outras quedas de idosos na rua, não vi ajuda de outro idoso, nem de jovens, infelizmente nestas duas ocasiões não vi isso. Ultimamente, eles estão observando um pouquinho mais as calçadas, tendo acesso melhor, colocando rampas, mas na maioria das vezes, não tem isso. (P13)

> Um banho de sol, todo dia um pouquinho, isso vai melhorando, não sei se surtirá um efeito 100%, maravilhoso, mas haverá melhora, com certeza. (P11)

Adaptação do ambiente doméstico em idosos que já caíram ou que apresentam fatores de risco para quedas e implementação de medidas necessárias à correção por profissionais de saúde apresentam evidências de nível A para prevenção de quedas (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014). Considerando que o idoso passará, com o avançar da idade, mais tempo em seu local de residência, e sendo as quedas mais frequentes em ambiente domiciliar, a relação com o ambiente vai adquirir uma maior importância e, portanto, haverá uma maior importância do local onde ele habita com o seu bem-estar (BARROS, 2000). Recentemente, análise custo benefício sobre essas modificações ambientais domésticas comprovou economia em estudo controlado e randomizado se considerarmos as lesões decorrentes de quedas; a metade dos custos nos idosos que nunca caíram e 60% menos nos que já caíram uma vez (KEALL et al., 2017).

Os relatos dados pelos participantes são bastante semelhantes aos achados na literatura. Em 40% das quedas o fator ambiental foi o grande responsável. Metade delas ocorreu durante a locomoção e envolveu tropeços ou escorregões. Superfícies irregulares, molhadas ou escorregadias, objetos ou tapetes soltos, degraus ou desníveis do chão foram os mais prevalentes (OLIVEIRA et al., 2014). Idosas 'caidoras' tinham mais tapetes soltos e escadas em suas residências (ROSSETIN et al., 2016).

Outro fator ambiental que não foi relatado nas entrevistas e está presente na literatura compreende a noção pelo idoso de insegurança e ausência de bancos nos locais públicos como protetor de quedas (PEREIRA et al., 2013). Esse achado reforça o achado do autocuidado como norteador de prevenção às quedas (MORSCH; MYSTIW; MYSTIW, 2016).

Alterações corporais e mentais com o envelhecimento, tanto em processo de senescência, no qual há um envelhecimento com reservas fisiológicas que propiciam autonomia e independência, como na senilidade, em que as reservas fisiológicas estão abaixo destes limiares e perdas de autonomia e independência sobrevém, também foram elencados. Percepção de que idade avançada, superfícies irregulares, fraqueza muscular e saúde mental estão envolvidas nas quedas em idosos também foram descritas em grupos focais na Índia (JANGNOOR et al., 2014).

Alterações nos domínios cognitivos com diminuição da memória e atenção ou mesmo nos domínios físicos com diminuídos equilíbrio, flexibilidade e visão acarretando alterações na marcha e quedas apareceram na subcategoria envelhecimento:

> Sim, é uma falta de cuidado das pessoas, principalmente o idoso, porque quando vê, eles não enxergam direito, resvalaram e caíram no chão. Pior nos dias de chuva. (P3)

> Eu acredito que tem que levantar mais as pernas do idoso, não sei porque, com o passar do tempo, ele não levanta tanto. Eu vejo por mim, volta e meia eu tropeço e antes não tropeçava.

> Então acho que a idade, eu acho que não levanto tanto a perna como antes para caminhar. Acho que é por aí. (P6)
>
> Eu vejo que quando um idoso tropeça, uma pessoa mais nova, não cai. A idosa cai direto. O idoso tem menos firmeza, sei lá eu. (P6)
>
> Em alguns casos, isso é normal. Em outros, a pessoa já tem o declínio de sua memória, o prenúncio de uma doença. Mas normalmente, acho que a pessoa fica um pouco mais distraída. (P11)
>
> Eu acho que prestar mais atenção através de jogos, acelerar a memória, melhorar a memória para prestar mais atenção ao que está a sua volta. Aí ajuda a evitar quedas. Ativando a memória, você consegue, agora me faltou o termo, você consegue que a pessoa preste mais atenção. A gente fica mais perceptivo a certos momentos. (P11)

Déficits visuais se associaram com ocorrência de quedas em idosos conforme estudo da rede de pesquisa sobre fragilidade em idosos brasileiros- Rede FIBRA (GUBEL, 2012). A literatura aponta que a cirurgia de catarata reduz o número de quedas em mulheres (GILLESPIE et al., 2012). Intervenções de avaliação da segurança domiciliar e modificações ambientais reduzem a taxa e o risco de quedas naqueles com maior risco de cair, especialmente nos idosos com deficiência visual severa (GASPAROTTO, 2014).

Déficits de memória, citados nas entrevistas, e auditivo, além de incontinência fecal foram associados a maior número de quedas em idosos frágeis; o primeiro, aliás, também se correlaciona com quedas em idosos robustos (VIEIRA, 2013).

Maior oscilação anteroposterior do corpo nos idosos que já caíram, especialmente nos maiores que 70 anos de idade, está presente. Esta maior tendência a cair está relacionada a perda da força muscular com o passar dos anos (GASPAROTTO, 2014).

Senescência com um bom condicionamento físico pela prática de exercícios físicos durante a vida foi citada como protetora:

> Não sei se algum exercício físico poderia ajudar (expressão de dúvida), porque as vezes a gente vê atletas de mais idade, que foram atletas a vida inteira, com uma qualidade de vida maior, não sei se poderia ajudar em um caso mais específico. (P10)

Dados da rede de pesquisa sobre fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA) mostram que no Brasil aproximadamente 11% dos idosos são frágeis, 52% são pré-frágeis e 37% são robustos, sendo a prevalência nacional de quedas e quedas recorrentes 28% e 14% nos idosos em geral e, 42% e 26%, respectivamente, nos idosos com fragilidade (VIEIRA, 2013), congruente com a percepção descrita por P10. Da mesma maneira, a prática de atividade física regular contribui para a ausência de fragilidade (TRIBESS; VIRTUOSO JUNIOR; OLIVEIRA, 2012).

Na subcategoria atividade física destacaram-se a fraqueza e tônus musculares e o sedentarismo durante a vida como causadores de quedas:

> Eu acho que com o tempo, vai perdendo a imunidade, a massa muscular, perdendo tudo os ossos, os nervos, não sei, não entendo. (P9)
>
> Com um corpo mais em forma, a velhice, a tendência de ficar mais mole, etc., que vem com a velhice, treinando te dá mais um espaço. (P6)

Reforçando esses relatos, estudo brasileiro correlacionou inatividade física com ocorrência de quedas em idosos (BARROS; SOUZA; UCHOA, 2012). O estilo de vida sedentário em mulheres foi associado com recorrência de quedas em idosos (PINHEIRO et al., 2010), sendo a fragilidade preditora de quedas em curto prazo (KOJIMA et al., 2015).

Um programa de exercícios físicos de dois anos aplicado a mulheres de 70 a 80 anos melhorou função e força musculares, além do equilíbrio, resultando em um menor número de quedas com lesões associadas, mas não do número total de quedas (UUSI-RASI et al., 2015). Outro programa com 69 idosas portadoras de osteoporose promovendo força muscular do quadríceps e equilíbrio, ocasionou melhora no equilíbrio funcional, conforme medido pela escala de risco de Berg, redução do risco e do número total de quedas (TEIXEIRA et al., 2013).

Exercícios físicos de fortalecimento da musculatura do tronco reduziram quedas, assim como a intervenção multifatorial (treino de equilíbrio, exercícios supervisionados em domicílio, atividades educacionais e modificações comportamentais) (GASPAROTTO, 2014). Reforço de força, equilíbrio e marcha através de exercícios físicos são considerados intervenções de nível A na prevenção de quedas em idosos (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

Treinamentos de equilíbrio e força muscular preservam a mobilidade e a independência funcional, especialmente o treinamento de equilíbrio, que em caso de aumento da frequência e da intensidade ao longo do programa, mostrou maior eficácia na prevenção de quedas (TIEDEMANN; SHERRINGTON; LORD, 2013). Programa de dois anos de exercícios resultaram em melhora nos testes físicos e redução do número de quedas com lesões em mulheres de 75 a 85 anos de idade com alto risco (EL-KHOURY et al., 2015).

Estudo multicêntrico randomizado em que uma câmera de captação de movimento e simulação em tela de obstáculos e caminhos múltiplos (realidade virtual) adicionada a programas de exercícios físicos para idosos com déficit cognitivo leve, doença de Parkinson ou com história de quedas demonstrou significativa redução de eventos naqueles que fizeram uso de simulador ao final do programa e 6 meses após sua finalização (MIRELMAN et al., 2016).

Caminhadas, mesmo com apoio, vagarosas, iniciadas após os 60 anos de idade seriam benéficas, assim como a prática de musculação e atividades domésticas e subir escadas:

> A ideia de um exercício que possa fortalecer eu tenho, só teria que ter dinheiro para fazer, porque lógico que caminhar fortalece as pernas, mas para o idoso alguma coisa que fizesse força, não sei dizer o que é, algo que fizesse algum esforço, musculação (acena com movimento de pegar pesos), dentro do quadro do idoso. Se tivesse um espaço para o idoso fazer isso, acho que isso faz muita falta. Eu sinto essa falta. (P1)
>
> É claro, as caminhadas, os exercícios, tem que fazer, no mínimo, caminhadas, subir escadas devagar e quem puder fazer um pouco mais de exercícios, acho que vai ajudar na longevidade. (P8)
>
> Nunca é tarde para começar. Lentamente, é claro, se elas não tinham até certa idade, lentamente, gradativamente aumentando. Uma caminhadinha mais curta outra mais longa. Não sozinha, apoiada em alguém, algumas preferem uma bengalinha ou com uma filha ou acompanhante de idoso. Ir aumentando gradativamente, não deixar de começar, pois não tem idade. (P8)
>
> Eu fiz em casa, carrega peso, aqui e lá, varria uma calçada grande. Não sentia nada, mas depois dos 65 anos, deu uma queda, que nem sei, deu um retrocesso... (P9)

Havia percepção dos entrevistados sobre a importância de adaptação do ambiente, seja doméstico ou externo, assim como a prática de exercícios físicos regulares na prevenção de quedas. Foram citadas atividades domésticas, musculação, caminhar e subir escadas como preventivas. Todas as ideias de prevenção de quedas relacionadas à prática de exercícios físicos nas falas, portanto, estavam relacionadas ao treino de marcha e da força muscular, sendo a noção de equilíbrio relacionada a equilíbrio corpo e mente ou a ausência de dor. Treinamento de equilíbrio e flexibilidade não foram citados como estratégias de prevenção de quedas, embora as alterações de equilíbrio, marcha e flexibilidade decorrentes do envelhecimento tenham sido reconhecidas como facilitadoras para quedas.

Revisão sistemática que avaliou intervenções para prevenir quedas em idosos da comunidade, incluindo 159 estudos (79 mil participantes) mostrou que exercícios físicos realizados em casa ou em grupos significativamente reduzem o risco e a taxa de quedas, assim como o risco de uma fratura relacionada a queda (GILLESPIE et al., 2012).

O *tai-chi-chuan* é o exercício com melhor impacto na prevenção de quedas (GASPAROTTO, 2014), embora pareça ser menos efetivo em populações de alto risco (GILLESPIE et al., 2012). Em recente estudo comparando o *tai-chi-chuan* com exercícios convencionais para membros inferiores, o primeiro se mostrou mais efetivo em reduzir o número de quedas em seis e 12 meses de seguimento e as lesões relacionadas a quedas em 18 meses de seguimento (HWANG et al., 2016). O tempo para a primeira queda ocorrer foi maior no grupo que praticava o *tai-chi-chuan* e, naqueles que praticavam sete vezes por semana, havia menor probabilidade ou um tempo maior para a ocorrência de lesões relacionadas a quedas (HWANG et al., 2016).

Paradoxalmente, uma entrevistada não achou relação de proteção contra quedas de exercícios ou caminhadas:

> Eu acho que não, caminhada ou outro exercício físico, não ajudam, eu posso tropicar e cair igual…(P9)

Somente um estudo satélite da Rede FIBRA descreveu não haver associação de quedas com nível de atividade física entre idosos com 65 anos de idade ou mais (TEIXEIRA, 2011).

Elementos de apoio (social, psíquico e auxiliares de locomoção)

Nesta categoria há descrição dos entrevistados de estratégias de apoio que adquirem importância para compensar manifestações de comorbidades clínicas e suas sequelas ou déficits funcionais, especialmente relacionados a marcha e locomoção, ou de relações interpessoais existentes.

Na subcategoria social destacaram-se as carências afetiva, de atenção e financeira dos idosos, assim como a ausência de uma figura de apoio que pode ser um cuidador informal (familiar) ou formal. Também emergiram a falta de informação e respeito da sociedade em geral com os idosos e suas limitações. O cuidado e as orientações aos familiares, orientações aos pedestres e o fortalecimento da rede de relações seriam protetores.

> Eles acham que podem fazer as coisas, acham que podem sair sozinhos, não tem condições. Para subir uma calçada, pegar um ônibus, é difícil. Muitos eu já vi cair, sofrer alguma coisa por andar sozinhos. (P4)

> Acho eu que uma palestra, orientação, ajuda muito, porque por vezes o idoso não tem problema de saúde. Ele quer chamar atenção dos familiares. (P4)

> Já vi outras quedas de idosos na rua, não vi ajuda de outro idoso, nem de jovens, infelizmente nestas duas ocasiões não vi isso. Ultimamente, eles estão observando um pouquinho mais as calçadas, tendo acesso melhor, colocando rampas, mas na maioria das vezes, não tem isso. Também vejo que quando a pessoa fica com a mobilidade mais reduzida, as pessoas não têm muita consideração. Se torna mais difícil tanto para a pessoa com seus movimentos reduzidos quanto o ambiente. (P13)

Inquérito brasileiro realizado com 391 idosos demonstrou 37% de quedas e 16% de recorrência (SOARES et al., 2014). Cair se relacionou ao fato de morar sozinho, corroborado pelos relatos apresentados nesse estudo, baixa auto-eficácia para quedas, ou seja, grande medo de cair por percepção de insegurança e artrite. Queda recorrente foi associada com idade maior ou igual a 80 anos, sexo feminino, aqueles com queixa de tonturas, morar só e presença de artrite (SOARES et al., 2014).

Idosos do sexo masculino, percepção de insegurança dos locais públicos, participação em atividades cívicas e sociais, além de maior escolaridade foram descritos como protetores de quedas

em estudo descritivo gaúcho com 6700 idosos. A faixa etária mais avançada e a participação em atividades comunitárias aumentariam o risco (PEREIRA et al., 2013).

Promoção da saúde do idoso engloba aspectos da manutenção da capacidade funcional, prevenção de agravos decorrentes do envelhecimento, reforço à vinculação e atividades sociais, além de reforço a sua autoestima e autoimagem. Assim, a rede social do idoso é fundamental na manutenção e recuperação da sua capacidade funcional, na promoção de saúde e na qualidade de vida (MALLMANN et al., 2015).

Na subcategoria psíquico, muitas falas descreveram a ansiedade, o desânimo, a depressão, o isolamento social e o medo de cair novamente como fatores relacionados à ocorrência de quedas, ilustradas pelas seguintes:

> Eu acho que o movimento de caminhar, a gente tem mais vontade. Agora se a gente ficar sentada em uma cadeira, desânimo, não dá vontade de fazer mais nada. Eu não me entrego, vou, faço, me sinto bem, acho que o movimentar faz falta para a gente. (P5)
>
> Dá vontade de tu sair, de caminhar, conversar... agora, se não há esse convívio, tu vais ficar em casa, em depressão, entrevada, não se mexe mais. (P5)
>
> O isolamento social é um fator que pode favorecer a quedas. Quando ela vai para um local de muito movimento, ela sofre aquele impacto, tudo aquilo é novidade, se descuida até onde colocar o pé. Até no atravessar a rua, descer uma calçada, se descuida e pisa o pé em um buraco. (P13)

Em idosos que foram atendidos em emergências por quedas, o relato de depressão se correlacionou com grande probabilidade de novas quedas, assim como o fato de morar só e ter déficit cognitivo (CARPENTER et al., 2014).

Quanto maior o medo de cair, pior a marcha (ROSSETIN et al., 2016), percepção descrita nas entrevistas. Sintomas depressivos estavam presentes com maior frequência nos idosos que caíram pela primeira vez e nos recorrentes no inquérito gaúcho (PEREIRA et al., 2013).

Idosos que já caíram, os com mais queixa de dor corporal e os que apresentam mais fatores de risco intrínsecos (deficiências físicas ou mentais) apresentaram mais medo e maior chance de cair novamente (NICOLUSSI et al., 2012). Estudo realizado na atenção primária no Mato Grosso do Sul observou maior medo de cair em indivíduos hipertensos, diabéticos, nos com histórico de quedas e aqueles com baixos escores de equilíbrio e mobilidade (UTIDA; BUDIB; BATISTA, 2016).

Qualidade e satisfação de vida mais baixas no início e após 6 anos de seguimento foram relacionadas com a ocorrência de quedas em idosos (STENHAGEN et al., 2013), reforçando os relatos.

Acompanhamento médico, familiar e/ou cuidador e psicológico, além do estímulo ao autocuidado foram apontados como protetores:

> Sempre tem que ter ajuda de um médico. E o mais importante no idoso, um médico que ele confie, que goste dele. Tem de haver uma sintonia entre médico e paciente porque o idoso sofre de carência afetiva. Se ele tem um médico atencioso, o tratamento tende a ser excelente. (P11)
>
> Envolveria o corpo inteiro e a parte psiquiátrica também. Algum acompanhamento com psicólogos, seria bem melhor. (P12)
>
> Qualquer coisa que acontece, ela quer sempre um apoio, se eu estou junto, quer andar enganchada em mim, então ela não tem autonomia mais, ficou dependente de um suporte meu. (P10)

A bengala ou um terceiro (familiar e/ou cuidador), auxiliares de locomoção, aparecem como adjuvantes na proteção a quedas nas entrevistas. A cadeira de rodas e o apoio familiar para a marcha também sobrevieram:

> Uma caminhadinha mais curta outra mais longa. Não sozinha, apoiada em alguém, algumas preferem uma bengalinha ou com uma filha ou acompanhante de idoso. Ir aumentando gradativamente, não deixar de começar, pois não tem idade. (P8)
>
> Sim, eu tenho uma tia minha que caiu, quebrou o fêmur e, agora, está há mais de 3 anos em uma cadeira de rodas. E a gente cuida muito dela...(P3)
>
> Como eu não caminho mais sozinha, ele está sempre me acompanhando, me segurando pelo braço, eu me sinto firme e vou bem. Tem duas escadas, eu subo... (P5)
>
> Eu acho que a pessoa não usa o que já tem. Ele não estava levantando a perna esquerda por um problema ou outro. Se ele usar uma bengala, vai se equilibrar muito melhor, com certeza. (P6)

A literatura, porém, associa o uso de bengalas a maior número de quedas (PEREIRA et al., 2013; CARPENTER et al., 2014), diferentemente da visão protetora atribuída pela população do estudo.

Considerações finais

Este estudo ressaltou o conhecimento e a subjetividade populares sobre a relação de quedas em idosos com o uso de medicamentos e atividade física, correlacionando-os com os dados da literatura científica atual, suscitando reflexões sobre a atuação profissional na assistência, promoção e prevenção em saúde desta população.

Na primeira categoria, que inclui doenças, sintomas, equilíbrio e medicamentos, destacam-se o uso de benzodiazepínicos e analgésicos, assim como a automedicação, como fatores promotores de quedas, fatos congruentes com a literatura científica. Ausentes, neste sentido, estiveram referências a medicamentos cardiovasculares como os anti-hipertensivos ou mesmo antidepressivos,

anticonvulsivantes e ansiolíticos. A referência de que tratamento psiquiátrico poderia prevenir quedas esteve presente nas falas.

Os ansiolíticos, curiosamente, foram relacionados com proteção às quedas por diminuírem a ansiedade e promoverem equilíbrio, conceito entendido como sinônimo de interação positiva de funcionamento da esfera física com a mental e diferente do significado ligado à ideia de propriocepção e função muscular. Os analgésicos, por aliviarem a dor, sintoma relacionado a quedas, poderiam também evitar sua ocorrência, mesmo que acarretem tonturas e exijam cuidado redobrado do usuário.

A falta de cálcio promoveria a ocorrência de quedas e de lesões decorrentes destas e as vitaminas, em geral, poderiam promover fortalecimento físico que as impediriam. Destaque foi dado ao uso de vitamina D isolado ou associado com o cálcio no fortalecimento ósseo e minimização de lesões ósseas decorrentes de quedas. Entendimento e relação do uso desta vitamina com função muscular esteve ausente nos relatos.

Na segunda categoria ambiente, atividade física e envelhecimento notou-se que o entendimento popular sobre os fatores extrínsecos relacionados às quedas é bastante abrangente. Ressaltou-se nas entrevistas a baixa qualidade do urbanismo (acessos e vias) associada à necessidade de um maior autocuidado pelo idoso. Essa interação é afetada pelas alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, tanto no domínio físico como no cognitivo.

Alterações nos domínios cognitivos (atenção e memória) e físicos, como diminuição da acuidade visual e déficit de equilíbrio e flexibilidade dificultando a marcha, foram descritas como pró-quedas, congruente com a bibliografia. A queda, para alguns, indevidamente, foi vista como característica do envelhecimento. Ademais, o papel de autopreservação e adaptabilidade, seja no cuidado com as superfícies ou ambientes externos ou com o uso de medicamentos e seus paraefeitos ou com a locomoção e o condicionamento físico em geral adquiriu destaque na análise do fenômeno quedas no idoso nas entrevistas.

O sedentarismo durante a vida, a sarcopenia e a dinapenia foram relatados como causadores, havendo enaltecimento da atividade física, seja iniciada na juventude ou mesmo quando idoso, como fator protetor. Os exercícios físicos relacionados com essa proteção citados foram a musculação, caminhadas, subir escadas e praticar atividades domésticas; todos, portanto, relacionados a função muscular e treinamento de marcha. Não houve referência à prática de exercícios de equilíbrio e flexibilidade. O conceito de equilíbrio atribuído está ligado ao equilíbrio do corpo com a mente, menor ansiedade na vida diária, antes do que equilíbrio como decorrente de adequada propriocepção, função muscular e marcha.

Na terceira categoria, elementos de apoio (social, psíquico e auxiliares de locomoção), ênfase foi dada para a presença de uma rede social composta por familiares, cuidadores e o restante da sociedade em geral. Essa rede pode oferecer apoio físico pela sua presença e auxílio, apoio emocional pelo afeto e psicológico para enfrentar ansiedade, depressão e o medo de cair novamente. Expresso também nas entrevistas o desejo que haja um maior 'cuidado', informação e respeito para com o idoso e suas peculiaridades pela sociedade e pelos jovens.

Os meios auxiliares de locomoção bengala e cadeira de rodas foram citados como tecnologias assistivas que protegeriam de quedas, embora nos estudos maior risco de eventos houvesse com as bengalas. A presença de um familiar ou acompanhante figurou como um meio auxiliar de locomoção e auxílio, um controle externo sinônimo de ageismo (discriminação etária; atitudes de preconceito e discriminação contra o idoso) ou um mantenedor de dependência.

A prevenção de quedas e fraturas ou ainda do medo de cair novamente deve ter caráter multifacetado envolvendo diversos profissionais em conjunto com o cuidador formal ou familiar. Incentivo à autonomia e independência na realização de atividades instrumentais da vida diária em locais seguros tanto em domicílios quanto externamente, prevenção da fragilidade e atuação nas causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, doenças neuropsiquiátricas e uso continuado racional de medicamentos são as intervenções sugeridas.

A reflexão gerada pela análise qualitativa deste estudo e o material educativo produzido possibilita aprimoramento das estratégias de promoção e educação em saúde referentes ao assunto, intensificando aquilo que ouvimos e vimos pouco, reforçando os conhecimentos já sedimentados e transformando culturas e hábitos prejudiciais para um atendimento mais humanizado, integral, promotor de autonomia e independência ao idoso, reduzindo quedas e suas consequências.

Referências

BARKER, A. L. et al. RESPOND - a patient centred programme to prevent secondary falls in older people presenting to the emergency department with a fall: protocol for a multicenter randomized controlled trial. **Injury Prevention,** London, v. 21, no. 1, p. 1-7, 2015.

BARROS, C. F. M. **Casa Segura**: uma arquitetura para a maturidade. Rio de Janeiro: Pod Editora, 2000.

BARROS, S. S.; SOUZA, G. S. M.; UCHOA, E. P. B. Correlação entre inatividade física, polifarmácia e quedas em idosos. **ConScientia e Saúde,** São Paulo, v. 11, n. 1, p. 37-45, 2012.

BRASIL. **Lei 9610, de 19 de fevereiro de 1998**. Sobre direitos autorais. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999.

CABERLON, I. C.; BOS, A. J. G. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3743-3752, 2015.

CARPENTER, C. R. et al. Predicting geriatric falls following an episode of emergency department care: a systematic review. **Academic Emergency Medicine,** Des Plaines, v. 21, no.10, p. 1069-1082, Oct. 2014.

CUNHA, A. A.; LOURENÇO, R. A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-29, 2014.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional SABE. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 522-532, 2014.

EL-KHOURY, F. et al. Effectiveness of two year balance training programme on prevetion of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: ossébo randomized controlled trial. **British Medical Journal,** London, v. 351, h3830, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/351/bmj.h3830.full.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

FALSARELLA, G. R.; GASPAROTTO, L. P. V.; COIMBRA, A. M. V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-910, 2014.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNYOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.,** Stanford, v.12, no. 3, p.189-198, 1975.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. R. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014.

GILLESPIE, L. D. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews,** n. 9, p. 1-416, 2012.

GUBEL, V. M. C. A. **Relação entre quedas e fragilidade em idosos da comunidade-Dados do FIBRA**. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

HWANG, H. F. et al. Effects of home-based tai-chi and lower extremity training and self-practice on falls and functional outcomes in older fallers form the emergency department- a randomized controlled trial. **Journal of American Geriatrics Society,** New York, v. 64, no. 3, p. 518-525, Mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2010.

JUDGE, J. American geriatrics society workgroup on vitamin D supplementation for older adults. Recommendations abstracted from the American Geriatrics Society consensus statement on vitamin D for prevention of falls and their consequences. **J. Am. Geriatr. Soc.,** New York, v. 62, no. 1, p. 147-152, 2014.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KALYANI, R. R. et al. Vitamina D treatment for prevention of falls in older adults: systematic reviews and meta-analysis. **J. Am. Ger. Soc.,** New York, v. 58, no. 7, p. 1299-1310, 2010.

KEALL, M. D. et al. Cost-benefit analysis of fall injuries prevented by a programme of home modifications: a cluster randomized controlled trial. **Injury Prevention,** London, v. 23, no. 1, p. 22-26, 2017.

KOJIMA, G. et al. Frailty predicts short-term incidence of future falls among British community dwelling older people: a prospective cohort study nested within a randomized controlled trial. **BMC Geriatrics,** London, v. 15, no. 155, p. 1-8, 2015.

JANGNOOR, J. et al. A qualitative study on the perceptions of preventing falls as a health priority among older people in Northern India. **Inj. Prev.,** London, v. 20, p. 29-34, 2014.

LEE, D. C. A. et al. What factors influence older adults to discuss falls with their health-care providers? **Health Expectations,** West Sussex, v. 18, p. 1593-1609, 2013.

LIMA, D. A.; CEZARIO, V. O. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 30-37, 2014.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** São Paulo, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRELMAN, A. et al. Addition of a non-immersive virtual reality component to treadmill training to reduce fall risk in older adults (V-TIME): a randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 388, p. 1170-1182, 2016.

MONTALI, F. et al. Impact of different drug classes on clinical severity of falls in an elderly population: Epidemiological survey in trauma center**. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, Roma, v. 6, p. 63-67, 2015.

MORSCH, P.; MYSTIW, M.; MYSTIW, W. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3565-3574, 2016.

MURAD, M. H. et al. The effectofvitamin D onfalls: a systematicreviewand meta-analysis. **J. Clin. Endocrinol Metabol.**, Washington, v. 96, no. 10, p. 2997-3006, 2011.

NEELEMAAT, F. et al. Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. **J. Am. Geriatr. Soc.,** New York, v. 60, no. 4, p. 691-699, 2012.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram uma queda: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012.

OLIVEIRA, A. S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

OLIVEIRA, M. G. et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging (Online),** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1-14, 2016. Disponível em: < http://www.ggaging.com/details/397/pt-BR/brazilian-consensus-of-potentially-inappropriate-medication-for-elderly-people>. Acesso em: 25 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

O'MAHONY, D. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. **Age and Ageing,** London, v. 44, no. 2, p. 213-218, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OMS, 2005.

PASQUETTI, P.; APICELLA, L.; MANGONE, G. Pathogenesis and treatment of falls in elderly. **Clinical Cases in Bone and Mineral Metabolism,** Roma, v. 11, no. 3, p. 222-225, 2014.

PEREIRA, G. N. et al. Fatores socioambientais associados a ocorrência de quedas em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, 2013.

PINHEIRO, M. M. et al. Risk factors for recurrent falls among brazilian women and man: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 89-96, 2010.

PLUIJM, S. M. et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. **Osteoporos Int.,** Geneva, v. 17, no. 3, p. 417-425, 2006.

POHL, P. et al. Fall risk awareness and safety precautions taken by older community dwelling women and men-a qualitative study using focus groups discussions. **PLOS ONE**, London, v. 10, no. 3, p. 1-15, 2015.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Quedas entre idosos no Brasil e sua relação com uso de medicamentos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, dez. 2012.

ROSSETIN, L. L. et al. Indicadores de sarcopenia e sua relação com fatores intrínseco e extrínseco. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 399-414, 2016.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos no Brasil: uma análise nacional**. Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1819-1826, 2011.

SOARES, W. J. S. et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-60, 2014.

STENHAGEN, M. et al. Falls in the general elderly population a 3- and 6- year prospective study of risk factors using data from the longitudinal population study "good ageing in skane". **BMC Geriatrics,** London, v. 13, no. 81, p. 1-11, 2013.

SUELVES, J. M.; MARTÍNEZ, V.; MEDINA, A. Lesiones por caídas y factores associados em personas mayores de Cataluna, Espãna. **Rev. Panam. Salud Pública,** Washington, v. 27, no. 1, p. 37-42, 2010.

SWIFT, C. G.; ILIFFE, S. Assessment and prevention of falls in older people- concise guidance. **Clinical Medicine**, London, v. 14, no. 6, p. 658-662, 2014.

TEIXEIRA, L. E. P. P. et al. Efeitos do exercício na redução de quedas em mulheres idosas com osteoporose **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 461-471, jul./set. 2013.

TEIXEIRA, L. F. **Nível de atividade física e quedas em idosos da comunidade**: um estudo exploratório. (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

THIBAUD, M. et al. Impact of physical activity and sedentary behavior on fall risks in older people: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **European Review of Aging and Physical Activity,** European Group for Research into Elderly and Physical Activity, v. 9, p. 5-15, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11556-011-0081-1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

TIEDEMANN, A.*;* SHERRINGTON, C.; LORD, S. R. The role of exercise for fall prevention in older age. **Motriz**, Rio Claro, v. 19, no. 3, p. 541-547, 2013.

TINETTI, M. E. et al. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older aults. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 174, no. 4, p. 588-595, 2014.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; OLIVEIRA, R. J. Atividade física como preditora de ausência de fragilidade em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 341-347, 2012.

UTIDA, R. A. M.; BUDIB, M. B.; BATISTA, A. P. Medo de cair associado a variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande-MS. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 441-452, 2016.

UUSI-RASI, K. et al. Exercise and vitamin d in fall prevention among older women: a randomized clinical trial **JAMA Internal Medicine,** Chicago, v. 175, no. 5, p 703-711, 2015.

VIEIRA, R. A. **Fragilidade, quedas e autoeficácia em idosos brasileiros: dados da rede FIBRA.** (Tese de doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Pesquisas

EMERGÊNCIA LOTADA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

OVERCROWDING EMERGENCY: PERCEPTIONS OF RESIDENTS ON MULTIPROFESSIONAL WORK

EMERGENCIA Y SUPERLOTACIÓN: PERCEPCIONES DE LOS RESIDENTES SOBRE EL TRABAJO MULTIPROFESIONAL

Simone Medianeira Scremin[1]

Luciana Fernandes Marques[2]

Resumo
A ideia deste artigo foi compreender os processos e dados de realidade que permeiam o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da percepção dos residentes sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos. Para dar conta da complexidade deste cenário, nos aventuramos a trilhar pelo caminho da cartografia como método de pesquisa-intervenção. Iniciamos o percurso descrevendo o cenário que servirá de campo de análise. Apresentaremos uma breve revisão histórica da criação do hospital e dos serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da superlotação, o pano de fundo desse trabalho. Acionamos a investigação a partir de dois encontros realizados com os residentes do Serviço de Emergência, contamos com a participação dos residentes do primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e da Residência em Medicina de Emergência. Participaram da pesquisa todos os residentes que permanecem por, no mínimo, um ano no Serviço de Emergência, totalizando dez residentes, sendo sete da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Adulto Crítico e três da Residência em Medicina de Emergência. Estimulado pelo processo de análise e o discurso dos residentes constatamos que o trabalho desenvolvido no Serviço precisa ser realizado de forma coletiva, reforçando a importância de cada vez mais se fortalecer o trabalho interprofissional, assim como, investir na construção de atendimentos que levem em conta a humanização e a integralidade do cuidado. A expectativa é que este trabalho possa servir de estímulo para uma mudança de paradigma pedagógico através de ações educativas e psicoeducativas que possam trazer benefícios à qualidade da assistência prestada ao paciente, tanto a fornecida pela equipe contratada pela instituição quanto pelos estudantes que estão ali para se capacitarem, através da formação em serviço.
Palavras-chave: hospital de ensino; serviço de emergência; superlotação; residência; trabalho multiprofissional.

[1] Psicóloga, Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: sscremin@hcpa.edu.br

[2] Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

Abstract
The idea of the study was to understand the processes and reality data that permeate through Hospital de Clínicas de Porto Alegre´s Emergency Service from the perception of residents on overcrowding. As well as to propose educative and psycho-educative strategies, that could help teams in the best possible conduct with the attended cases. To help us understand this complex scenario, we used the cartography method of research-intervention. We started this trajectory describing this scenario that will serve as an analysis field; history related aspects, as the Emergency Service specificities. Throughout the study, we present a brief historical review of the hospital and the emergency and urgency services, focusing on the overcrowding situation, which is the backdrop of this study. The investigation originated from two meetings with the Emergency Service residents. We had the collaboration of the first year residents of the Multidisciplinary Integrated Residency and the Emergency Medical Residency. All residents who participated in the study worked for a minimum of one year in the environment, giving a total of ten residents. Seven of which were from the Multi-professional Residence with emphasis in adult critical care, and three Medical Emergency residents. Stimulated by the analysis process and the residents' dialogs, we recognised that the work developed in the Emergency Service needs to be accomplished collectively, reinforcing the relevance of strengthening the inter-professional work as well as investing in patient care that prioritises humanization and integrated care. The expectation of this work is to serve as an incentive for a pedagogic paradigm shift through psycho-educational and educational actions and that it can bring benefits to the quality of care given to patients, as much for the care provided by the team contracted by the institution as for the students who are there to train through practical experience.
Keywords: teaching hospital; emergency service; overcrowding; residence; multi-professional work.

Resumen
Una idea de los procesos y los datos de la realidad que permean el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir de la percepción de los residentes sobre la superlación y el proporciones educativas y psicoeducativas, que ayudan a mejorar la conducción de los casos atendidos para dar cuenta de la complejidad de este escenario, nuestros viajes por el camino de la cartografía como método de búsqueda-intervención. Iniciamos o percurso describiendo el panorama que sirve de campo de análisis. Presentaremos una breve revisión histórica de la creación del hospital y dos servicios de emergencias y urgencias hospitalarias. Acionamos una investigación a partir de dos encuentros con los residentes del Servicio de Emergencia, contamos con la participación de los residentes en el primer año de la Residencia Integrada de la Salud y la Residencia en Medicina de Emergencia. Participar en la investigación de todos los residentes que permanecen por, no mínimo, un año no Servicio de Emergencia, totalizando diez residentes, siendo siete de Residencia Integrada Multiprofissional en Salud, enfermero Adulto Crítico y tres de Residencia en Medicina de Emergencia. Estimado por el proceso de análisis y el discurso de los residentes constatamos que el trabajo se ha desarrollado no El servicio se necesita para la realización de la formación, reforzar la importancia de cada vez más fortalecer el trabajo interprofesional, e a integralidade do cuidado. A expectativa de que este trabajo puede servir de estímulo para una modificación de paradigma pedagógico a través de acciones educativas y psicoeducativas que traen beneficios a la calidad de las prestaciones prestadas al paciente, capacitarem, através de la formación en el servicio.
Palabras Clave: hospital de ensino; servicio de emergencia; superlotación; residencia; trabajo multiprofesional.

Introdução

Este artigo é uma síntese da dissertação de mestrado, defendido em 2017, em que permitimo-nos elaborar uma introdução narrativa, em primeira pessoa que contasse um pouco a minha história profissional e a incursão enquanto aprendiz do método cartográfico. Sou psicóloga, trabalho atualmente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e há quatro anos sou responsável pelos atendimentos psicológicos no Serviço de Emergência. Quando iniciei minha atuação neste local, tinha uma visão distorcida da emergência, imaginava que encontraria muitos pacientes que não necessariamente estivessem lá por uma complicação clínica grave, mas sim, porque ali teriam

disponíveis recursos tecnológicos e técnicos (tecnologias duras, leves-duras e leves) de forma imediata. Teóricos como Santos e Santo (2014); Casarotto et al. (2012); Sá; Carreteiro; Fernandes (2008) e Deslandes (2002) confirmam essa afirmativa, porém, a minha realidade era outra, contradizendo os estudos, os pacientes que estavam no meu cenário de atuação não preenchiam essas características e estavam realmente necessitando de atendimento de emergência. Não podíamos mais pensar na emergência como sendo uma sala de espera de todos os problemas sociais (ROMANO, 1999).

Deparei-me com uma emergência superlotada, com pacientes em situação crítica e com profissionais sobrecarregados, tornando-se esse cenário o meu principal foco de estudo. Desta forma, tive que pensar em alternativas para colocar em prática o que eu gostaria de estudar que estivesse minimamente de acordo com este ambiente. A forma que encontrei foi realizar dois grupos focais com os residentes da emergência, incluindo os residentes da medicina de emergência e os da residência multiprofissional em saúde, tornando-os sujeitos da minha pesquisa.

Organizamos o percurso desta pesquisa, inicialmente, descrevendo o cenário que serviu de campo de análise, ou seja, o Serviço de Emergência. Como auxílio da análise e interpretação dos dados será apresentada uma breve revisão histórica da criação do hospital e sobre os serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da superlotação. E por fim, o início da aventura em justificar a metodologia cartográfica da pesquisa, bem como analisar os acontecimentos singulares e coletivos que nos atravessaram ao longo do processo.

Contexto hospitalar e serviço de emergência

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi idealizado, no início do século XX, por um grupo de professores da Faculdade de Medicina, tornando-se real, em 1970, como uma Empresa Pública de Direito Privado, subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à UFRGS (HCPA, 2018). A instituição ocupa uma posição de destaque no cenário nacional, como um dos melhores hospitais do Brasil, reconhecido por sua excelência no atendimento de alta complexidade, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimento, técnicas e inovação tecnológica (HCPA, 2018).

O modelo de gestão do HCPA serviu como parâmetro para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que busca qualificar a estrutura e os processos de todos os hospitais universitários da rede do Ministério da Educação (MEC). Além disso, conquistou em 2013, a certificação oferecida pela Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI) que representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais (HCPA, 2018).

O corpo funcional do HCPA conta com 6.133 funcionários e 429 docentes vinculados à UFRGS, dados de 2015 (HCPA, 2018). Além disso, possui um número expressivo de estudantes de diferentes níveis de ensino da área da saúde, sendo considerada uma instituição que privilegia a formação, por dispor de corpo docente qualificado, aliado a uma estrutura diferenciada que busca formar profissionais que façam a diferença no futuro e contribuam de modo decisivo para a sociedade (HCPA, 2018).

O campo de análise deste trabalho é o Serviço de Emergência desta instituição, localizado no andar térreo, do prédio principal, com aproximadamente 1,4 mil metros quadrados de ocupação. As atividades deste Serviço iniciaram em 1976 e, desde então, atende a vários níveis de complexidade nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica e ginecológica, sendo constituído como porta de entrada hospitalar para atendimento de pacientes graves com risco de vida. Pertence à Rede Municipal de Atenção às Emergências e Urgências, tendo interface com a rede interna e externa da Instituição (HCPA, 2018). O Serviço também oferece treinamento para acadêmicos e residentes dos programas de residência do próprio HCPA de diversas áreas médicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Cirurgia Geral e Medicina de Emergência) e da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Ênfase Adulto Crítico (RIMS).

O atendimento aos pacientes é realizado através do acolhimento com classificação de risco, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a). O Serviço utiliza como metodologia de classificação de risco a Escala de Manchester, que de acordo com Souza (2016, p. 40), "estratifica em cinco os níveis de gravidade, de acordo com a queixa principal apresentada pelo paciente, no momento da avaliação, na chegada ao serviço de urgência". Associado a queixa principal são verificados os sinais vitais do paciente, breve histórico dos sintomas e se esteve internado em algum hospital nos últimos noventa dias.

Desde 2013, a Emergência participa de um projeto piloto da Secretaria Municipal de Saúde intitulado 'Paciente Certo no Lugar Certo' que tem como objetivo racionalizar o fluxo dos atendimentos de urgência e emergência e tornar os serviços mais rápidos e eficientes. Desta forma, os pacientes recebem, no acolhimento da instituição, o direcionamento de acordo com a gravidade do seu caso. Situações de risco de vida permanecem sendo atendidos na Emergência de forma ágil e os pacientes que necessitam de assistência de menor complexidade são encaminhados aos Prontos Atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo disponibilizado transporte a esse paciente caso não tenho condições de se deslocar (PMPA, 2013).

Em que pese todo o investimento para melhorar a assistência prestada ao paciente da Emergência, esta unidade mantém como uma de suas principais características a superlotação, uma vez que atende, em média, três vezes acima da sua capacidade (previsto pelo Ministério da Saúde 49

leitos, porém atende em torno de 150 pacientes), gerando um número bastante elevado de demandas para todos os profissionais que ali trabalham ou que estão em processo de formação (HCPA, 2018).

O hospital como local para tratamento de doentes e com fins terapêuticos surgiu no final do século XVIII. Até então, os nosocômios eram instituições destinadas à separação e exclusão social e abrigavam sujeitos que desviavam do padrão social aceitável para a época e dentre eles estavam os pacientes (sujeitos doentes). Os responsáveis pelo cuidado dos pacientes eram pessoas caridosas, religiosas ou leigas, que buscavam a salvação eterna (NETO et al., 2012; FOUCAULT, 1993).

A função terapêutica do hospital iniciou apenas no final do século XVIII, associada às alterações sociais e econômicas advindas da primeira Revolução Industrial. Deu-se início a uma nova configuração hospitalar, havendo um maior investimento na modernização das dependências hospitalares e numa prática médica de cura de doenças (FOUCAULT, 1993). O indivíduo hospitalizado passou a ocupar o lugar de objeto do saber e da prática dos médicos. O médico tornou-se o responsável por toda a dinâmica hospitalar, enquanto o hospital servia de formação e transmissão de saberes. Os médicos encontravam-se preocupados com o controle das enfermidades e centravam suas ações terapêuticas em cada paciente e no controle da proliferação de doenças (FOUCAULT, 1993). Assim, o hospital começou a assumir finalidades terapêuticas, havendo um maior incentivo de tecnologias pesadas e dispendiosas, tornando-se um estabelecimento de referência de assistência à saúde (NETO et al., 2012).

À vista disso, o hospital se encontra em uma posição supervalorizada de produção de conhecimento e de práticas na área da saúde. Ocupa uma importância simbólica para a população e os meios de comunicação, que o consideram um lugar privilegiado por prestar atendimento especializado e ser um primordial campo de aprendizagem para os estudantes de diferentes áreas da saúde (NETO et al., 2012) e centraliza a formação na área da saúde, quando passa a ser chamado Hospital Escola.

O Serviço de Emergência em hospital geral: padronização, superlotação, excelência

Os Serviços de Emergência Hospitalares (SEH) foram criados, conforme Deslandes (2002), no ocidente, a partir do século XI com o objetivo de cuidar das vítimas da guerra santa, neste momento ainda não existiam padrões de condutas específicos ao atendimento de emergência. Somente após o século XVIII, concomitante ao período que o hospital iniciou suas finalidades terapêuticas, o SEH começou a ter uma racionalidade científica e estratégias padronizadas de atendimento.

A emergência começa a ser padronizada após 1979, na França, quando surgem as primeiras recomendações para o planejamento e organização dos SEH. Devendo estar equipados para atender às urgências e realizar manobras de ressuscitação, assim como, acomodar os pacientes para

investigação diagnóstica, mantendo uma estreita relação com os centros cirúrgicos e centros de terapia intensiva (DESLANDES, 2002).

No Brasil, podemos dizer que a uniformização dos SEH ocorreu apenas em 1994, com a Portaria nº 320, que cria o código de atendimento específico em urgência e emergência, instituindo que esses Serviços deveriam dispor de atendimento nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas e/ou Traumato-Ortopedia, sendo o atendimento realizado por profissional de medicina, com funcionamento nas 24 horas do dia (BRASIL, 1994).

Nesse período, os SEH começam a adotar algumas medidas de padronização dos atendimentos, a fim de evitar a utilização dos mesmos de maneira inadequada, por exemplo, por pacientes considerados não urgentes. O Brasil parece ainda não conseguir aplicar essa padronização em seus serviços, pois a grande maioria dos atendimentos prestados nessas unidades é direcionada aos chamados 'pacientes de ambulatório', ou seja, não se enquadram dentro dos conceitos de urgência e emergência.

A população alega que na emergência consegue um atendimento eficaz, possui a crença de que a única solução dos problemas de saúde está centrada na atenção médico-hospitalar, pois dispõe de várias especialidades médicas e de todo um aparato tecnológico em um único local (SANTOS; SANTO, 2014; DESLANDES, 2002), ocasionado a superlotação desses locais.

Os SEH superlotados são notícias constantes nos mais diversos meios de divulgação. Além do que já foi exposto, um dos aspectos que reforça o imaginário da população é a precariedade do sistema de saúde público que obriga a procurar serviços terciários, por não ter uma rede primária e secundária adequada e que supra as suas necessidades de saúde. Situação que parece se agravar quando pensamos a partir da ótica demográfica e epidemiológica, ou seja, sobre o progressivo aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento da população, tendo em vista que a expectativa de vida aumentou 40 anos nas últimas 11 décadas, aumentando o índice de doenças crônicas (NETO et al., 2012) que necessitam de cuidado constante.

Os trabalhadores dos SEH precisam saber se relacionar, conviver em harmonia, respeitando a forma, a velocidade e a atitude do outro, estar disponível e demonstrar flexibilidade. Porém, o que se vê é que eles não estão conseguindo suprir a as demandas de atendimento e cada vez mais:

> [...] temos a impressão de que a organização das emergências, pautada nesse cotidiano protocolar focado em procedimentos técnicos para corpos biológicos, produz uma espécie de "foco míope", distorcido em relação aos sofrimentos complexos que se apresentam a cada dia (PAULON et al., 2012, p. 86).

Na nossa leitura, o 'foco míope' produzido nos trabalhadores está inserido em qualquer contexto que avance para além do campo da biomedicina, que atravesse a questão da saúde mental,

que esteja colocado na relação do sujeito com a doença e nesta relação com o sistema de saúde. Parece que cada vez mais nos espaços superlotados dos SEH não há lugar para a emergência subjetiva, não são criados vínculos, pouco se pensa sobre promoção em saúde, prevenção de adoecimento e qualidade de vida, contradizendo o que está preconizado na Política de Humanização (BRASIL, 2004b), que prevê o atendimento às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

Além das exigências técnicas necessárias à execução das atividades, os profissionais envolvidos precisam de amadurecimento emocional para lidar com situações inesperadas. As adversidades destes locais desencadeiam reações emocionais tanto nos pacientes e familiares, quanto nos membros das equipes assistenciais, tendo repercussão direta na relação equipe-paciente (ISMAEL, 2005; ROMANO, 1999).

Na tentativa de minimizar as dificuldades enfrentadas pelos SEH e tornar o trabalho mais eficiente, o Ministério da Saúde instituiu em 2002, a Portaria nº 2.048 (Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência), que pontua como forma de enfrentamento das causas da urgência a necessidade de se implementar estratégias de "promoção de qualidade de vida", buscando obter uma visão integral e integrada do sujeito, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades (BRASIL, 2002). E, em 2003, implantou a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863) que estabelece a forma como os sistemas de atendimentos devem estar organizados, levando em conta a universalidade, equidade e integralidade; o desenvolvimento de estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde; bem como, qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde (BRASIL, 2003). Além disso, em 2006, instituiu o Programa de Qualificação da Atenção hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QualiSus), visando mudar a realidade da superlotação e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos SEH (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012; BRASIL, 2006).

Dessa forma, o que se percebe é que existe uma legislação que tenciona para que se tenha uma visão mais pluralista dos casos atendidos nas emergências, potencializando o uso de tecnologias leves e leves-duras em detrimento das duras. Porém, o que se vê na prática são espaços superlotados, onde não existe lugar para a emergência subjetiva, pouco se pensa sobre promoção e prevenção, muito menos em investir em capacitações e planejamentos, mesmo com políticas que apontem essa necessidade. Os trabalhadores e gestores parecem sentirem-se soterrados pelas demandas de trabalho ocasionadas pela superlotação.

Metodologia

A ideia do estudo foi compreender os processos e dados de realidade que permeiam o SEH do HCPA, a partir da percepção dos residentes sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos. Para dar conta da complexidade deste cenário, nos aventuramos a trilhar pelo caminho da cartografia como método de pesquisa-intervenção, pois como diz Passos e Barros (2012, p. 17): "toda a pesquisa é intervenção". Os autores defendem que: "A cartografia deve ser entendida como um método segundo o qual toda a pesquisa tem uma direção clínico-política e toda a prática clínica é, por sua vez, intervenção geradora de conhecimento" (PASSOS; BARROS, 2012, p. 26).

Escolhemos como participantes da pesquisa, os residentes da medicina de emergência e da RIMS, queríamos instigá-los, de certa forma, a serem cartógrafos, assim como nós, que pudessem ativar todos os sentidos à pesquisa, que permitissem ser afetados, pois assim como Pozzana (2014), acreditamos que além de toda a pesquisa ser intervenção, ela também é formação tanto para pesquisadores quanto para os pesquisados.

Sabíamos que para realizarmos uma boa investigação precisaríamos levar em conta as forças instituídas e instituintes no discurso dos sujeitos, buscando "captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos" (BARROS; KASTRUP, 2012, p. 70). Nesse sentido, a investigação de um cartógrafo é rodeada de processos e devires, ultrapassa a análise do que está instituído, estanque, acompanhando de forma dinâmica os processos a serem investigados (MORAES JÚNIOR, 2011), se reinventa, consegue lidar com os imprevistos sem perder o caminho da investigação.

Utilizamos como dispositivos para realizarmos a colheita, encontros coletivos num formato similar aos grupos focais, tendo como disparador a percepção dos residentes sobre o SEH. Considera-se que a metodologia do grupo focal pode auxiliar o cartógrafo a ampliar seu escopo de análise dos processos a serem investigados. Pois, como coloca Sarriera e Saforcada (2008) o grupo focal possibilita a compreensão dos processos, a leitura de situações e respostas incomuns, o que com uma metodologia mais objetiva e pré-determinada não seria possível.

Foram convidados os dez residentes que estavam no SEH, sendo sete da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Adulto Crítico (1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 farmacêutica, 1 fonoaudiologia, 1 assistente social, 1 psicóloga e 1 fisioterapeuta) e três da Residência em Medicina de Emergência. Convidamos todos os residentes que permanecem por, no mínimo, um ano no Serviço de Emergência, cumprindo uma carga horária de 60 horas semanais, entre atividades teóricas e teórico-práticas. Todos os residentes participaram dos dois encontros, eram jovens, a maioria cursou a graduação em universidade privada, sendo a residência sua primeira atividade

profissional.

A divulgação dos motivos, objetivos e convite para participar da pesquisa foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e da UFRGS. A participação na pesquisa respeitou o princípio de voluntariedade de participação expresso no Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como, o compromisso com a produção e devolução dos resultados por parte da pesquisadora aos participantes e à instituição através de publicações e atividades de educação continuada.

O primeiro encontro durou sessenta e cinco (65) minutos e o segundo oitenta (80) minutos. Os participantes autorizaram a gravação dos encontros e a pesquisadora contou com o auxílio de uma pesquisadora observadora que tinha como objetivo registrar a observação do funcionamento grupal.

Os frutos da coleta: potência dos encontros

Nos tópicos que antecederam a análise, buscamos justificar teoricamente o que percebemos ao longo dos dois encontros realizados com o grupo de residentes, levando em consideração, principalmente, o modo de funcionamento do SEH e a produção de subjetividade desses residentes que precisam lidar com as adversidades de uma emergência superlotada sem se sentirem preparados para este fazer.

O primeiro grupo foi emocionante, a potência daquele encontro era perceptível não apenas na fala dos participantes, mas também nas expressões faciais, corporais, nos olhares de confirmação do que estava sendo dito, na sintonia entre eles, confirmando que estávamos no caminho certo. Os residentes, na maior parte do tempo, discutiram sobre como eles percebem o funcionamento do Serviço e do quanto eles se sentem despreparados e desprotegidos neste ambiente. Tornando a superlotação algo quase insignificante, neste momento, a quantidade de pacientes que precisavam de atendimento não era o maior problema. Eles queriam falar deles, queriam conversar sobre suas angústias, aflições e compartilhar suas inseguranças.

Acreditamos que o fato de estarmos também em uma posição de aprendiz, aprendiz-cartógrafo, assim como eles, aprendiz-profissionais, nos aproximou ainda mais, criando uma 'receptividade afetiva'. De certa forma, estávamos, 'os aprendizes', construindo a nossa receptividade afetiva, ou seja, compondo o nosso campo problemático, não conseguíamos mais distinguir o que era sujeito e objeto da pesquisa, pesquisador e campo de pesquisa, teoria e prática, estávamos implicados com o processo de análise (ALVAREZ; PASSOS, 2012).

No segundo grupo foi lançada a proposta de refletirmos sobre as considerações que haviam sido feitas no encontro anterior e pensarmos em ações práticas que poderiam ser realizadas para amenizar os problemas e dificuldades que tinham sido levantadas anteriormente. Neste encontro, os

participantes pareciam visivelmente mais cansados e tensos, possivelmente porque vinham de uma semana de muito trabalho e estresse na emergência. Nesse momento os residentes puderam compartilhar as angústias sentidas nas últimas semanas, dividir seus problemas, trocar informações sobre a forma como cada profissão trabalhava e lidava com as adversidades do dia a dia.

Apesar de diferentes os dois encontros foram potentes e o nosso desafio é escrever sobre os efeitos produzidos nesses encontros e fazermos articulações entre o que foi visto de forma teórica, com os achados produzidos durante os encontros. Iremos expor de forma objetiva, buscando não perdermos a subjetividade, as principais dificuldades trazidas pelos residentes. Para isso, dividiremos a análise em três temáticas: o serviço de emergência do HCPA, a residência/ensino e a comunicação entre a equipe.

Os resultados em frutos

Considerando que a cartografia acompanha os processos de toda a pesquisa chegamos ao momento mais difícil da escrita, tornar os dados objetivos coletados ao longo do trabalho em informações que produzam subjetividades, efeitos. Nos arriscamos a organizar os frutos da colheita, do que foi captado através do coletivo de forças, da experiência, do vivido ao longo da pesquisa, em dados objetivos, como forma de análise desse processo.

Os residentes demonstraram ter uma boa análise da implicação que a instituição exerce sobre o funcionamento do SEH e do quanto o comportamento dos próprios profissionais da instituição reforçam e contribuem para a superlotação. O levantamento realizado pelos gestores do SEH do HCPA em 2014 apontou aproximadamente 70% dos pacientes atendidos possuíam algum vínculo ativo com o HCPA, recebiam atendimento com alguma especialidade em regime ambulatorial ou possuíam internações hospitalares prévias em período recente (HCPA, 2015). Mesmo sem o conhecimento prévio sobre estes dados, os residentes expressaram a opinião de que uma das dificuldades em minimizar a superlotação é a existência do ambulatório do HCPA, pois acreditam que o hospital, de certa forma, reforça um funcionamento paternalista, tornando-se responsável por dar conta de todas as demandas, inclusive as que poderiam ser realizadas em ambientes de baixa complexidade, como os Pronto Atendimento e as Unidades Básicas de Saúde. Assim como refere um dos residentes:

> Uma das coisas que eu consigo perceber bastante é a questão do ambulatório. Eu não sei o que acontece no sistema do hospital de clínicas, parece que tudo tem que ser feito aqui dentro. O paciente é acompanhado por equipe ambulatorial por qualquer intercorrência, daqui um pouco um pronto atendimento poderia dar conta, mas não, tem que vir para a emergência. Então isso é uma realidade.

Assim, percebe-se que aquilo que foi visto na parte teórica deste trabalho, ou seja, que a população possui a crença de que apenas no sistema hospitalocêntrico poderá ter seus problemas resolvidos, acaba sendo reforçado pelos próprios profissionais da instituição, os quais não confiam na rede de atenção básica ou de baixa complexidade e acabam por sobrecarregar os SEH.

De acordo com o material fornecido pelo Ministério de Atenção à Saúde sobre a Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, para haver uma maior resolutividade dos serviços prestados são necessárias mudanças em duas frentes de trabalho:

> Por um lado, é necessária uma melhoria organizativa do sistema de saúde como um todo, mediante a ampliação do acesso, a articulação responsável e racional dos serviços, a desburocratização e descentralização das ações facilitando a utilização dos serviços de saúde. De outro lado, é preciso que haja mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando a ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade dos serviços e profissionais de saúde, para um modelo de cuidado enfocado nas efetivas necessidades de saúde do usuário e preocupado com as suas relações e espaços de vida (BRASIL, 2004a, p. 11).

Para pensarmos em ações que possam levar em conta a singularidade do sujeito, as suas reais necessidades e planejarmos estratégias de cuidado específicas para cada caso é necessário nos dedicar a esse paciente, escutar a sua queixa, valorizar a sua fala, os seus sintomas. Mas, ao que parece, a partir da nossa realidade e do olhar dos residentes, isso acaba não acontecendo, pois como diz um deles: "(...) tem tanta coisa errada [na emergência], em ser o paciente um nome no quadro que qualquer um pega, as pessoas fazem o procedimento sem conhecer o paciente, sem conhecer o caso".

A Política de Humanização e diversos autores (NOGUEIRA et al., 2015; ARAÚJO; LETA, 2014; CASAROTTO et al., 2012; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007) preconizam que prestar um atendimento integral ao sujeito é uma das missões dos serviços de saúde. Na Emergência do HCPA os residentes percebem que existe uma certa fragmentação do trabalho, o que prejudica a assistência prestada ao paciente e potencializa a superlotação. Um dos exemplos dados pelos residentes é a falta de planejamento das altas, consideram que a equipe médica não pensa na alta do paciente de uma forma efetiva e interdisciplinar, fornecem a alta do paciente quando os sintomas agudos estão resolvidos, sem avaliar ou consultar os outros membros da equipe que também estão prestando o atendimento.

Bittencourt (2010) expressa a importância do que foi pontuado pelos residentes, pois coloca que o hospital e o pronto socorro, e neste trabalho pensaremos o pronto socorro como sendo o SEH, são parte de uma rede de assistência integrada, que precisam ser estruturadas de forma que ultrapassem as paredes do hospital, que conversem com a rede de uma maneira integrada. O autor alega que o hospital não consegue dar conta de todas as demandas, precisa realizar adequados encaminhamentos para tornar a sua assistência resolutiva. Porém, para isso ocorrer, precisa dialogar

com a rede, conhecer os serviços de baixa e média complexidade, sendo fundamental existir uma gestão estruturada de linhas de cuidado assistenciais.

O HCPA trabalha com acolhimento e classificação de risco, através do Sistema de Triagem de Manchester, como já foi exposto na primeira parte deste trabalho. Ainda conta, com o projeto "Paciente certo no lugar certo", o qual segundo a visão dos residentes poderia ser melhor "potencializado".

Além disso, os residentes consideram que não existe uma conduta que estimule a participação dos pacientes, que incentive a autonomia e a co-responsabilização pelo seu tratamento. A fala de um deles retrata bem esse ponto:

> [...] o paciente é excluído de todo o processo. Não é aquilo que é trabalhado com ele desde o momento que ele interna, que ele internou, que ele passou pela classificação de risco. A sua necessidade de saúde, não é trabalhada com ele. É isso, ele fica excluído totalmente do processo [...]. Cada hora vai uma pessoa diferente fazer uma avaliação, fazer um atendimento, então a coisa é quase que… maluca, esquizofrênica, o que acontece ali dentro daquela laranja [unidade de observação da emergência].

Isso nos faz pensar no quanto é necessário trabalhar uma mudança de postura dos profissionais do SEH do HCPA. Embora exista uma estrutura que permita colocar em prática o que está preconizado na Política de Humanização, falta a conscientização da equipe de que o Acolhimento não se refere apenas a classificação de risco. Como estabelece a Cartilha sobre 'Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgências' este deve ser pensado como uma mudança de postura, a qual visa a melhores práticas de atenção e gestão, favorecendo as relações entre equipes, serviços e usuários.

O acolhimento precisa ser pensado enquanto postura de atendimento que ultrapassa a porta de entrada que dá acesso ao serviço, tem que ser visto de modo contínuo, envolvendo a sensibilidade e a acolhida. Além disso, deve primar pelo bom atendimento técnico-científico, com profissionais que saibam identificar as demandas, levando em conta aspectos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Uma das alternativas propostas pelos residentes, para auxiliar nessa mudança de postura, é que todos os profissionais possam discutir os pacientes de uma forma integrada desde a sua entrada no serviço.

O trabalho integrado/compartilhado foi tema recorrente nos dois encontros realizados com os residentes, todos concordam que o trabalho se torna mais efetivo, quando se definem condutas de forma coletiva e quando se conta com a participação do paciente. Eles apresentaram algumas dificuldades percebidas no desenvolvimento do trabalho, principalmente com relação as barreiras existentes na equipe para compreender a atividade de outro profissional e pedir ajuda, sem com isso, se sentir menosprezado.

Além disso, os residentes fazem algumas críticas com relação a organização do serviço e seus processos de trabalho:

> (...) emergência na verdade não funciona como emergência, uma internação que também atende pacientes, aqui se comparado com outros lugares e a superlotação que sobrecarrega os profissionais todos, tem a questão também das diversas profissões, principalmente da área médica e a dificuldade de sair do seu troninho (...) são várias dificuldades do próprio hospital, da maneira como o hospital está organizado (...)

Durante os dois grupos foi possível perceber que residentes médicos e multiprofissionais desconhecem alguns processos e fluxos de trabalho, sendo que utilizaram os encontros para esclarecer dúvidas.

> (...) a gente desconhece muito do funcionamento da emergência, isso que é o maior absurdo o pessoal não saber como funciona o horário de visitas, das notícias [médicas], eu acho que é uma questão que não deveria depender da gente como indivíduos, desse grupo se relacionar bem (...)

Tal dificuldade de conhecer os processos e fluxos da emergência, bem como, de sentir-se pertencente à instituição e motivado para o trabalho, não parece ser algo novo, nem mesmo exclusivo dos residentes. Cecílio (1997), escrevia que os profissionais que prestam atendimento nos Serviços de emergência realizam um trabalho incompleto e insuficiente, muito devido a superlotação e consequente deficiência de recursos humanos para suprir as altas demandas de atendimento.

Percebe-se nos discursos dos residentes um sentimento ambíguo em relação ao trabalho desenvolvido dentro da emergência, pois ao mesmo tempo em que eles se sentem desvalorizados pelo hospital e pelos seus próprios pares, que não conseguem compreender as suas dificuldades e limitações, eles têm muito orgulho e satisfação em pertencer a esse Serviço. O que vem ao encontro do que coloca Deslandes (2002) quando menciona o quanto parece contraditório o sentimento dos trabalhadores das emergências, que ao mesmo tempo em que o trabalho produz sofrimento, também gera muita realização, prazer e orgulho em saber exercer as habilidade e atitudes necessárias para realizar essa atividade.

De certa forma, fica subentendido nos discursos dos residentes que apenas alguns profissionais conseguem suportar as adversidades do trabalho na emergência e isso é visto como meritório, o que gera muita satisfação em pertencer a essa equipe seleta de profissionais.

> Quase todas as emergências têm isso de superlotação, é de alta rotatividade e são funcionários que não tem vínculo, acho que essa é a realidade e eu não vejo futuro próximo para isso mudar, mas eu acho que aqui [referindo-se ao HCPA] tem o diferencial de ter essa equipe [de residentes], pode se estabelecer como uma equipe de referência, mas ao mesmo tempo que é uma equipe cada profissional tem autonomia (...) a gente é uma equipe, mas não tem que

ficar dependendo do médico contratado. Eu acho que o profissional tem que ter autonomia para fazer o que acha que é importante pra aquele paciente.

Podemos avaliar que essa alta rotatividade e a falta de vínculo mencionada pelos residentes dificulta o trabalho em saúde. Neste contexto é importante lembrar Merhy e Feuerwerker (2009) quando apontam que o trabalho em saúde é fruto da produção do cuidado. Os autores defendem que a assistência só será efetiva se ela for produzida a partir do encontro com o usuário, colocando-o como um participante ativo (protagonista) de todo seu tratamento. Defendem, ainda, que as mudanças efetivas do processo de trabalho em saúde devem ser planejadas de forma coletiva (profissional de saúde, usuários e gestores).

Os residentes parecem estar interessados em mudar essa realidade e ser parte de equipes que possam efetivamente fazer a diferença, principalmente quando eles se veem como a equipe de referência da emergência. Além disso, parecem estar dispostos a colaborar com a criação de vínculos, mesmo sabendo que a sua permanência no HCPA é temporária, pois se disponibilizam a assumir essa função quando se propõem a ocupar junto aos novos estudantes esse lugar: "(...) como seria importante a cada troca de doutorandos a gente, como equipe multi, estar inserida nesse momento [integração] para que eles nos enxerguem como uma referência também, para ir construindo vínculo".

Porém, ao mesmo tempo em que eles se mostram disponíveis para auxiliar no que for preciso para melhorar a assistência ao paciente atendido na emergência e, consequentemente, diminuir a superlotação, eles também comentam sobre o desgaste físico e emocional de trabalhar numa emergência superlotada, principalmente por terem que cumprir uma carga horária excessiva de trabalho, 60 horas semanais, preconizada em lei.

Como já foi tratado no início desse trabalho, a superlotação dos SEH é um problema de saúde pública mundial e afeta tanto os usuários quando os profissionais que os atendem, desencadeando sentimento de tristeza, despreparo, medo, insegurança e vulnerabilidade em todos os envolvidos, tornando-se frequentemente alvo de críticas e reclamações (SANTOS, 2015).

Os residentes argumentam: "Óbvio que a gente consegue participar muito, ver o funcionamento e ter a visão crítica, mas é muito fácil começar a trabalhar só no modo automático do que realmente oxigenar, que é a proposta [da residência]". Eles possuem críticas e sugestões em relação a forma como está organizada a residência e é disso que iremos tratar no próximo tópico.

Sobre a residência, o ensino e a formação em serviço

A temática da residência e da formação em serviço foi constante ao longo dos encontros. De certa forma, os residentes precisavam expressar as suas críticas, sugestões, dividir as angústias, inseguranças e frustrações. Independente do programa que o residente está vinculado, seja ele RIMS

ou Medicina de Emergência as inquietações são muito semelhantes e todos demonstram estar bastante inseguros com esse novo papel que ocupam no mundo do trabalho.

> (...) o residente ta no limbo, ele não é nem contratado e nem estagiário. Daí ora ele tem que se reportar como estagiário, ora tem que se reportar como contratado. Então a gente fica sempre nessa linha muito tênue, é complicado exatamente por isso, tu tá lidando com a vida de outra pessoa, tu tem responsabilidade com ela, mas ao mesmo tempo como campo adulto crítico eu acho que tem pouca abertura para esses diálogos, para esses ensinamentos.

O estudo realizado por Lourenção, Moscardini e Soler (2010) sobre a qualidade de vida de médicos residentes apontou que os mesmos vivem, no período da formação em serviço, em contínuo estresse, podendo desencadear a Síndrome de Burnout, provocada por estresse e tensão emocional no ambiente de trabalho. Os autores defendem que o fato de exercer dupla função, ora como profissional, ora como estudante em formação, potencializa ainda mais seu sofrimento, pois precisa lidar com jornadas exaustivas de trabalho, com dedicação, competência técnica e eficiência em suas ações, pois suas condutas, muitas vezes, irão determinar a evolução clínica do paciente.

Apesar desse cenário bastante conturbado e tenso, percebemos o residente otimista e motivado para o trabalho, acreditando que tudo poderá melhorar, principalmente se conseguirem efetivamente compartilhar entre si e os seus preceptores o trabalho, dividindo tarefas e compartilhando responsabilidades.

> Lá na emergência, a equipe tem que se olhar mais. Eu sou esperançosa porque eu acho que vem uma leva muito boa, tanto de doutorandos quanto de residentes médicos e até a gente enquanto equipe multi, está aprendendo bastante uma com a outra.

É evidenciado na literatura (ROSA; LOPES, 2016; SPONHOLZ et al., 2016; BOTTI; REGO, 2011) a importância do preceptor na formação dos residentes, sendo este um dos responsáveis por transmitir seu conhecimento ao estudante, muitas vezes, servindo de modelo, tanto de questões científicas e técnicas quanto de postura e comportamento. O preceptor precisa considerar o conhecimento prévio que o residente adquiriu na sua formação, fazendo com que ele seja um participante ativo de todo o seu processo de ensino-aprendizagem, adquirindo com isso uma consciência crítica sobre o seu papel profissional e, ao mesmo tempo, criando um ambiente estimulante de paixão pelo aprender em serviço.

Percebemos que os residentes do nosso estudo se sentem desprotegidos por seus preceptores na maioria das vezes, pois precisam definir condutas de forma autônoma, o que causa insegurança.

> (...) vieram pedir minha ajuda para fazer um procedimento que eu não tenho experiência nenhuma, eu já estou acabando o R1 eu deveria ter, mas eu não tenho oportunidade para fazer preceptoria.

Botti e Rego (2011) recomendam que os residentes iniciem suas atividades observando os profissionais mais experientes (preceptores), complementar a isso, Frossard e Silva (2016) afirmam que, para tornar a formação em serviço uma prática realmente cientifica, é preciso alinhar as experiências vividas na prática cotidiana com o planejamento das atividades. Assim, haverá reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a partir desse diálogo reflexivo (entre preceptores e residentes) serão definidas as estratégias para melhor adequação do processo de ensino-aprendizagem em serviço.

A Ênfase Adulto Crítico da RIMS e a Medicina de Emergência são residências novas no HCPA. A primeira está indo para o sétimo ano, e ao longo desse período várias modificações foram feitas. A mais recente, no último ano, foi a inserção do núcleo da fonoaudiologia. A segunda há pouco aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, está no segundo ano. Desta forma, este é o primeiro ano que as duas residências ocupam o mesmo cenário, a Emergência. A organização das residências está em processo de ajustes e as mesmas precisam ser pensadas de maneira conjunta, com a participação da gestão do hospital, dos contratados e dos residentes, alinhando, dessa forma, o que a instituição espera dos estudantes, com as expectativas dos mesmos em relação ao hospital.

No HCPA os profissionais que estão envolvidos com a residência possuem vínculo com os serviços, são os preceptores (contratados da instituição) e os tutores (professores contratados da UFRGS e vinculados ao HCPA). Segundo os residentes, parece existir um desejo da gestão do SEH que a residência ocupe uma posição estratégica, porém eles não se sentem preparados para tal desafio, isso fica claro no discurso dos residentes:

> Uma vez eu ouvi o ... [chefe do serviço de emergência] falando que ele tinha a residência como algo estratégico, só que em alguns momentos parece como algo como um messias, que a gente estaria ali para salvar a superlotação e todas as nossas dificuldades. Mas eu acho que ele poderia colocar, ele na figura líder agora, a residência multi que inclui os médicos, como um grupo estratégico da emergência, e trabalhar de forma estratégica e ajudar, tinha que vir algo da liderança. Também incentivar esses profissionais que são contratados a entenderem que existe esse grupo novo. Que está ali, que bom, faz parte, porque é um hospital escola, mas que também tem um papel estratégico dentro da organização.

O estudo realizado por Rosa e Lopes (2016) sobre a educação superior brasileira através de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mostrou que os residentes têm dificuldade em assumir uma postura mais ativa em sua formação e que reivindicam "uma educação baseada no saber metódico, estabelecido e organizado, com o professor produzindo a aula e materializando-a na forma de transmissão e de socialização de conhecimentos sistematizados" (p. 649). Os achados das autoras parecem vir ao encontro do que os residentes do HCPA estão buscando, ou seja, contar com um "líder" que determine as suas condutas, oriente suas ações e legitime a sua importância na equipe.

Culturalmente se sabe o quanto é difícil romper com essa supremacia do professor (líder) perante o aluno, pois, ao mesmo tempo em que os estudantes lutam por ganhar mais espaço, ter mais autonomia e gerir seu estudo, eles também possuem a expectativa de que exista alguém que o oriente e conduza o processo de aprendizagem. Isso não parece ser algo exclusivo desses residentes, como bem coloca Feuerwerker (2014):

> (...) as escolas têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas. São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo (p. 127).

Desse modo, as instituições que se propõem a ser cenário de formação em serviço assumem um papel muito importante perante a sociedade, que, de certa forma, é o papel de transformar esse processo de aprendizagem internalizado pelos residentes ao longo da sua formação, modificando-o desde a graduação. As diretrizes curriculares aprovadas em 2001, assinalam a necessidade de mudanças no processo de formação, a fim de estimular o aprendizado em diferentes cenários, mudando o modelo de atenção e formação a partir da realidade de saúde da população.

Feuerwerker (2014) aposta na transformação do processo de formação considera que as instituições precisam abrir espaço para novos projetos, que levem em conta os diferentes modos de construir relações, os modos de subjetivação, as necessidades de saúde da população como ela mesma descreve: "trazer para a cena novos objetos, novos problemas, novas relações que ajudem a produzir experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros" (p. 128).

Os residentes acreditam que a integração entre as residências poderá transformar o seu processo de formação e, ao mesmo tempo, parecem ter certa idealização dessa formação, pois acreditam que após a conclusão da residência estarão prontos para o mundo do trabalho. É possível perceber que eles estão dispostos a pensar o sujeito de forma integral, planejar estratégias de cuidado compartilhando saberes, tendo a consciência de que a fragmentação do cuidado aponta para um prejuízo assistência ao paciente.

Acreditamos, assim como os residentes, que no cenário da emergência precisamos investir cada vez mais no cuidado integral, fazendo uma mescla entre as tecnologias duras, leves-duras e leves, conforme propostas por Merhy (2002), de forma flexível e levando em conta as necessidades do sujeito. Os residentes defendem: "o nosso objetivo aqui dentro é o cuidado em saúde e o cuidado em saúde tem que ter um pouquinho de cada um". Nos parece que essa proposta de integração trazida pelos próprios residentes, de forma coletiva, ganha um peso maior, pois como explica Feuerwerker

(2014): “Os processos inovadores mais interessantes/arrojados têm tido em sua dinâmica um investimento na produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhada” (p. 128).

Parece-nos que a possibilidade de os residentes terem mais encontros coletivos os estimula a pensar em novas estratégias de atuação. Desta forma, o que percebemos é que a pressa do dia a dia e a constante superlotação da emergência dificultam a aproximação dos residentes e consequentemente a comunicação e o diálogo. Devido à relevância que creditamos à temática da comunicação para o trabalho em equipe e, consequentemente, para o cuidado integral, abordaremos esse tema a seguir.

Sobre a (falta de) comunicação entre a equipe

Acreditamos, assim como Merhy (1997), que para se ter mudanças na forma de produzir saúde precisamos implicar os sujeitos nesse processo. A construção da mudança tem que vir do coletivo e, para tanto, a comunicação e o diálogo são indispensáveis. As transformações na forma de trabalho só podem ser incentivadas se abrirmos espaço para a escuta e o diálogo, não existe mudança que possa acontecer de forma unilateral. Os residentes percebem isso e comentam sobre a dificuldade de comunicação entre as equipes. No mínimo, eles precisam se conhecer e se reconhecer enquanto equipe e os pacientes também devem conhecer os profissionais que estão, naquele momento, responsáveis pelo seu cuidado.

> Acho que a percepção inicial que vem de cara para mim é que a gente nunca tinha se visto [até o encontro do grupo focal] e nós somos a equipe de residentes, e nunca conseguimos nos ver desse jeito, tanto como médico e as demais profissões, então acho que isso é o início e já demonstra que a comunicação é falha desde o início do processo.
>
> Mudam as pessoas, mudam os doutorandos, mas a gente tá todo dia ali e quando a gente consegue ter essa comunicação que independente de se ter uma consultoria (..) conhecer as pessoas eu acho que isso só melhora tanto para gente quanto a assistência.

Discursos como esses demonstram estar alinhados ao preconizado pela Política de Humanização, que tem como objetivo estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, atendendo às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a). Quando se tem uma alta rotatividade de profissionais e um número excessivo de pacientes para atender parece que o simples fato de se apresentar, de conhecer uns aos outros, torna-se banalizado, sem importância. Atitudes e práticas como essa podem ser consideradas desumanizadas e desumanizadoras e inibir a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde com seu trabalho e dos usuários com o cuidado de si.

Fortes (2004) defende que humanizar na atenção à saúde é atender cada sujeito na sua singularidade. Como poderemos atender as demandas subjetivas dos pacientes se não conseguimos dialogar com eles? Como poderemos trabalhar em equipe se não nos conhecemos?

> É uma falta de informação, então quando tu passa em qualquer lugar, as pessoas ficam te chamando, porque elas não sabem que exame elas vão fazer, se tem ou não tem exame. Elas olham pra ti com aquela cara: onde foi meu médico? Quem é meu médico do dia? Se vão fazer cirurgia? [..] Elas não têm informação nenhuma...

Precisamos pensar em estratégias que possam fazer circular melhor as informações, fazendo com que o atendimento tenha continuidade, possibilitando que a equipe possa dialogar entre si, assim como compartilhar as informações com seus pacientes e familiares. Quando não há informação adequada, os pacientes se sentem abandonados, desprotegidos, perdem a sua referência enquanto sujeito.

Porém, isso não é sentido apenas pelos pacientes, os profissionais também acabam absorvendo esses sentimentos, pois suas atividades, na grande maioria, estão cindidas. Percebemos durante a nossa colheita que os residentes sentem como se houvesse um número reduzido de profissionais que detém o saber e que são responsáveis pela elaboração de estratégias de manejo com os pacientes. Eles não se sentem parte disso, sabem que existem rotinas e padronização de condutas, mas não recebem essas informações, percebendo que executam as atividades de maneira automática e alienada. Essa dissociação do trabalho somado a lotação alta do SEH compromete a execução das atividades e prejudica a integridade psíquica do profissional da saúde, causando danos (psicossociais, econômicos e da vida global) significativos, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores.

Acreditamos na potência do trabalho coletivo, consideramos, assim como Morsser e Begun (2015), que os membros das equipes precisam estar cientes do que os seus colegas estão fazendo e, para que isso seja possível, é necessário que haja interação, que as equipes e os profissionais possam compartilhar informações, priorizando a tomada de decisões conjuntas entre unidades relevantes a fim de alcançar objetivos e estratégias semelhantes. Apenas com isso conseguiremos alcançar a excelência no cuidado ao paciente.

Avaliando o percurso trilhado no estudo

Esse trabalho nos oportunizou repensar o nosso papel, pois ocupamos uma posição pedagógica importante, não somos apenas profissionais responsáveis pela assistência ao paciente, mas também profissionais que tem a responsabilidade de compartilhar seus conhecimentos com os residentes.

Ao escolhermos os residentes como aliados no enfrentamento dos problemas da Emergência não tínhamos consciência do quão enriquecedor seria a sua participação e nem do quanto possuem um ponto de vista privilegiado sobre a emergência. Nos chama atenção as dificuldades apontadas pelos residentes não estarem relacionadas a quantidade de pacientes a serem atendidos. Estão diretamente associadas aos processos de aprendizagem e de trabalho, as relações interpessoais e a falta de preparo para lidar com as adversidades de uma emergência superlotada.

Nos deparamos, durante a pesquisa, com sujeitos sedentos por um espaço de escuta, que pudessem compartilhar suas angústias, frustrações e sentimentos. Os principais problemas apontados pelos residentes estão relacionados à falta de integração entre as equipes, a fragmentação do trabalho e a dificuldade de comunicação.

Um dos aspectos que nos chama a atenção ao estudarmos sobre as residências médicas e multiprofissionais é a importância da integração metodológica. Que possamos aproveitar o que cada metodologia tem de melhor, ou seja, aprender com a medicina a importância do aprendizado baseado na prática supervisionada, na definição de condutas e no estimulo ao pensamento clinico do residente. Bem como, mesclar com o que é preconizado na metodologia da residência multidisciplinar, com o aprendizado baseado em linhas de cuidado nas redes de atenção, na gestão da clínica ampliada, da atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Consideramos crucial que ocorra essa integração metodologia, pois acreditamos que elas se complementam e não que são excludentes.

Precisamos evoluir na construção de equipes multiprofissionais mais eficazes e coesas, que compreendam o sujeito na sua integralidade, promovendo uma melhor qualidade de vida, respeitando a autonomia e encorajando o paciente a fazer escolhas, pois cada vez mais nos deparamos com sujeitos e situações complexas e constatamos que apenas uma especialidade não conseguirá dar conta dessa complexidade.

Acreditamos que para interromper essa supremacia médica e hospitalocêntrica incentivando o trabalho integral e interprofissional devemos agir de forma micropolítica, através de ações de educação, que busquem a mudança de práticas pedagógicas previamente instituídas. Ações desenvolvidas com os residentes podem contribuir para a aproximação dos profissionais contratados em atividades de educação permanente, principalmente se tivermos atividades, programas e eventos, flexíveis e específicos, que incentivem a participação dos profissionais do Serviço de Emergência. Para tornar isso tudo possível precisamos do apoio e disponibilidade da gestão do serviço. Apostamos no aprendizado que gere mudança de comportamento, principalmente quando conseguimos tocar e envolver quem está começando nesse caminho, os residentes. Ouvir as suas demandas e a possibilidade de colaborar com a humanização dessa formação profissional passa a ser o nosso desafio enquanto profissional da saúde.

Referências

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 201, n. 24, p. 1261-1281, out./dez., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2018.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira.** Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde**. HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125,** de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Legislacao_Textos/Portaria%20N%C2%AA%203125%20_071206.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 320**, de 4 de fevereiro de 1994. Cria o código de Atendimento Específico Urgência/Emergência. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 1 ago. 2018.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v21n1/v21n1a04.pdf > Acesso em: 1 ago. 2018.

CASAROTTO M. et al. "I went to the nearest health clinic...": free demand of the emergency service of a university hospital. **Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2712-2721, jul./set. 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090822.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set. 1997. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 1 ago. 2018.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FEUERWERKER. L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.3, p.30-35, set./dez. 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FROSSARD, A. G. S.; SILVA, E. C. S. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.281-288, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v19n2/1982-0259-rk-19-02-00281.pdf>. Acesso em: 0 ago. 2018.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 31-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005> Acesso em: 1 ago. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Gestão do Serviço de Emergência** (*material de uso interno*), 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Emergência**. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-emergencia> Acesso em: 1 ago. 2018.

ISMAEL, S. M. C. **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev. Assoc. Med. Bras**., v. 56, n.1, p.81-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100021> Acesso em: 1 ago. 2018.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/06.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

MERHY E. E. **Saúde:** A cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: < http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-de-saude-uma-necessidade-contemporanea/view>Acesso em: 1 ago. 2018.

MORAES JÚNIOR, J. A. Para uma análise cartográfica da subjetividade na escola a partir de Nietzsche, Deleuze e Guattari. **SABERES**, Natal, v. 1, n. 6, fev. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/viewFile/936/863> Acesso em: 1 ago. 2018.

MOSSER, G.; BEGUN, W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: AMGH, 2015.

NETO, F. C. B., et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 577- 608.

NOGUEIRA, D. L. et al. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Rev. Bras. Edu. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 151-158, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0151.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2018.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 17-31.

PAULON, S. M. et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, Número Temático, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40322>. Acesso em: 1 ago. 2018.
Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). **Atendimento de emergência terá novo fluxo na rede de saúde.** Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=159150&atendimento>. Acesso em: 1 ago. 2018.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum – volume 2. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 42-65.

ROMANO, W. B. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1999.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 637-656, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772016000200637&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000600014&script=sci_arttext>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SANTOS, D. S. **O cotidiano de um Serviço de Urgência e Emergência nos discursos de usuários e trabalhadores.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. Disponível em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A76N6Z/tese_daniela_soares_santos.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SANTOS, C. A.; SANTO, S. E. E. Análise das Causas e Consequências da Superlotação dos Serviços de Emergências Hospitalares: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.5 n.3, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/187/0>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. (org.). **Enfoques teórico metodológicos de la Psicología Comunitária.** Buenos Aires: Paidós, 2008.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-82, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SOUZA, C. C. **Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência.** 2016. 136 f. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-A97JVY>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SPONHOLZ, T. C. H et al. Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.14, s.1, p.67-87, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0067.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2018.

Pesquisas

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR

PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS OF SUS ON RELIGIOUSITY/SPIRITUALITY IN THE HOSPITAL CONTEXT

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SUS SOBRE RELIGIOSIDAD / ESPIRITUALIDAD EN EL CONTEXTO HOSPITAL

Tiago D'Oliveira Silva[1]

Luciana Fernandes Marques[2]

Resumo

Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar. Este trabalho buscou investigar se os profissionais de saúde de um hospital-escola de Porto Alegre têm algum aprendizado formal dentro das suas formações sobre o tema da R/E e o quanto estão receptivos para lidar com religiosidades/espiritualidades diferentes da sua e talvez desconhecidas. Foi feita uma entrevista semiestruturada com 14 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) com o objetivo de conhecer as percepções deles no que se refere a como abordam a questão da R/E no contexto hospitalar. Após análise de conteúdo, os resultados foram divididos em três eixos temáticos: boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar, R/E na saúde e formação. Cada um desses eixos foi subdividido e agrupado em outras categorias. Foi possível observar que o tema da R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, ora promovendo reflexões e incentivando uma maior integralidade no cuidado com o paciente, ora sendo invisível ou de difícil abordagem. As conclusões apontam para a necessidade de maior inserção do tema da R/E na graduação e maior oferta de educação continuada nesses temas no sentido de gerar uma formação mais adequada para que os profissionais de saúde no contexto hospitalar possam instrumentalizar-se com essa temática.

Palavras-chave: espiritualidade; religião; hospitais; pessoal de saúde.

Abstract

Since Brazil is a country of huge religious diversity, it can be inferred that the demand to work the intersections of religiousness and spirituality (R/S) in health care may be higher than expected and higher than health professionals are prepared to deal with. This paper aimed to investigate whether the health professionals of a school hospital in Porto Alegre have education within their training on R/S and how receptive they are to dealing with different and/or unknown religiousness and spiritualities than their own. A semi-structured interview was conducted with 14 health professionals (physicians, nurses, psychologists and social workers) in order to know their perceptions regarding how they address R/S in the hospital context. After content

[1] Graduado em Ciência da Computação e em Psicologia. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Analista de Tecnologia da Informação na UFRGS. E-mail: tiagodoliveira@gmail.com

[2] Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

analysis, the results were divided into 3 thematic axes: Good and bad practices of spiritual care in the hospital context, R/S in health and Education. Each of these axes was subdivided and grouped into other categories. It was possible to observe that R/S issue appears daily in the hospital context, sometimes promoting reflections and encouraging a greater integrality in patient care, sometimes invisible or difficult to approach. The conclusions point to the need for a greater insertion of the R/S issue in undergraduate studies and a greater offer of continuing education in these issues in order to generate a more adequate education so that health professionals in the hospital context can be trained in this issue.
Keywords: spirituality; religion; hospitals; health personnel.

Resumen
Siendo Brasil un país de una enorme diversidad religiosa, se puede inferir que la demanda para trabajar las intersecciones de la religiosidad y la espiritualidad (R/E) en las atenciones de salud puede ser mayor de lo esperado y mayor que los profesionales de salud estén preparados para tratar. Este trabajo buscó investigar si los profesionales de salud de un hospital-escuela de Porto Alegre tienen algún aprendizaje formal dentro de sus formaciones sobre el tema de la R/E y cuánto están receptivos para lidiar con religiosidades/espiritualidades diferentes a la suya y tal vez desconocidas. Se realizó una entrevista semiestructurada con 14 profesionales de salud (médicos, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales) con el objetivo de conocer sus percepciones en lo que se refiere a cómo abordan la cuestión de la R/E en el contexto del hospital. Después del análisis de contenido, los resultados se dividieron en tres ejes temáticos: buenas y malas prácticas de asistencia espiritual en el contexto del hospital, R/E en la salud y la formación. Cada uno de estos ejes fue subdividido y agrupado en otras categorías. Es posible observar que el tema de la R/E aparece cotidianamente en el contexto del hospital, ora promoviendo reflexiones e incentivando una mayor integralidad en el cuidado con el paciente, siendo invisible o de difícil abordaje. Las conclusiones apuntan a la necesidad de una mayor inserción del tema de la R/E en la graduación y mayor oferta de educación continuada en esos temas en el sentido de generar una formación más adecuada para que los profesionales de salud puedan instrumentalizarse con esa temática.
Palabras clave: espiritualidad; religión; hospitales; personal de salud.

Introdução

De acordo com recentes estudos, pelo menos 90% da atual população mundial está envolvida em alguma forma de prática religiosa ou espiritual, cujas evidências remetem para um importante papel em diversos aspectos da vida, sobretudo na saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Nos contextos hospitalares eclode uma demanda a partir do contato direto entre o paciente e o profissional da saúde. É esse sujeito que vai problematizar o atual saber/fazer hegemônico, que, por séculos, vem fragmentando o doente, ora colocando-o numa posição de 'alma-objeto' para a religião, ora ignorando e banalizando suas questões religiosas e espirituais, que são tomadas como fantasias e mitos, cuja escuta se torna negligenciada no tratamento. Há necessidade de entendimento e de um diálogo que inclua noções de religiosidade/espiritualidade a fim de que os profissionais de saúde possam fornecer uma terapêutica para aquele paciente específico, a partir de princípios que valorizem tanto os saberes médicos quanto as crenças do paciente. Isso é o que aponta a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) ao referir o princípio da integralidade e ao adotar o modelo de que, em se tratando do tema da saúde, se produz subjetividades (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Da mesma forma, é necessário que os profissionais tenham algum nível de conhecimento para orientar quando percebem que certas práticas de cunho religioso ou espiritual não estão sendo terapêuticas, ou ainda, quando a R/E pode ser um recurso positivo de enfrentamento.

Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar.

O presente trabalho tem por objetivo investigar as percepções e demandas de profissionais de saúde vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre acerca da religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar e discutir esse tema no contexto hospitalar, refletindo sobre estudos atuais e destacando os desafios, problematizações e também possibilidades de maior inclusão dessa temática nesse contexto.

Metodologia

O estudo possui um caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas individualmente com profissionais de saúde do hospital que foram gravadas, transcritas e analisadas. A análise de conteúdo foi baseada em Minayo (2012).

A escolha dos entrevistados foi por conveniência, a partir de indicações da rede social dos pesquisadores do hospital e também dos próprios participantes, à medida que a coleta de dados foi evoluindo, uns indicaram os outros.

A pesquisa teve aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE nº 51234815.0.1001.5347 e Parecer nº 1.464.314). Todos os entrevistados que consentiram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas e com roteiro prévio de perguntas com profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que atuavam diretamente com pacientes. A fim de garantir o anonimato, eles são identificados no texto com a letra da sua atuação profissional e um indicador numérico sequencial de acordo com a ordem da sua entrevista. Dos 14 profissionais entrevistados, foram 5 enfermeiros (E1-E5), 4 assistentes sociais (AS1-AS4), 3 psicólogos (P1-P3), 1 médico (M1), e 1 terapeuta ocupacional (TO).

A análise dos dados revelou três grandes eixos temáticos: boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar, religiosidade/espiritualidade na saúde e formação. Em cada um desses eixos foram agrupados assuntos correlatos.

Boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar

Um hospital precisa de uma organização incorporada no seu fluxo cotidiano que esteja ciente das problematizações sociais, ampliando o escopo de atuação e atendendo as demandas rumo a um cuidado integral (CASTILHO; CARDOSO, 2015). A implicação da instituição pesquisada no processo de inserção da temática no ambiente, parece ser um grande suporte, traduzindo-se em um manejo mais adequado em situações em que se confrontam o 'certo' e o 'errado', como vemos abaixo na fala de um entrevistado:

> Nós tivemos discussões sobre colares de segurança da umbanda, sobre fitinhas, pulseiras, medalhinhas, se pode, se não pode, a gente vai além, discutimos...Bom, se um paciente vier com um turbante, pode ou não pode? O simples fato de tu abrir a possibilidade para essas discussões, são boas práticas, em outros momentos já vimos que pecávamos nisso, eu acho que até botar mais o assunto na mesa é um tema atual. Ter um grupo no hospital para o desenvolvimento da espiritualidade, para estudos de espiritualidade é um avanço nesse momento frente as más práticas que eram adotadas no passado (E4).

Abordar as necessidades espirituais dos pacientes significa que os profissionais de saúde devem aprender a encarar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com pleno respeito às suas crenças, validando suas preocupações religiosas, fazendo as referências apropriadas para encontrar R/E. É preciso que os profissionais de saúde aprendam a respeitar as decisões que os pacientes fazem, procurando apoiar-se no respeito à diversidade e à pluralidade das crenças religiosas (KOENIG, 2013). A percepção da necessidade de respeitar, na integralidade, a R/E do paciente, é trazida pelos entrevistados P3, AS1 e AS3: "Eu acho que essa prática que temos de poder respeitar, escutar, e trabalhar a partir do discurso do outro, independente do que ele nos traga, se isso é real, se isso não é, não nos cabe estar aqui, não estamos em processo de julgamento" (P3); "O principal foco é a defesa dos direitos humanos, está lá no meu código de ética, então, a defesa dos direitos humanos é isso: é defender inclusive a questão... né. E não impor nada que é da minha leitura" (AS1); "Os profissionais entenderem que a religião faz parte da vida das pessoas, que independente de qual seja religião, ela deve ser respeitada" (AS3); E2 associa o respeito a uma boa prática profissional no contexto hospitalar:

> Respeitar todas as religiões, assim... Acho que não tem como a gente querer influenciar as pessoas a uma determinada religião ou parte espiritual, acho que é respeitar e procurar acomodar da melhor maneira possível a demanda que vem do nosso paciente, né? Acho que essas seriam as boas práticas, nossas, como pessoas do setor de saúde frente aos pacientes (E2).

A partir da percepção de que o ser humano é multidimensional, uma das contribuições da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006) é dar a possibilidade para que ele possa ser reconhecido e tratado, também, nessas outras dimensões e na

integração delas numa abordagem holística. Porém, parece que a implementação desta política ainda está longe de ser efetivada na amplitude em que ela é prevista:

> Mas eu acho que ainda poderia ter mais, assim, por exemplo, esses dias um paciente, que veio de outros tratamentos, perguntou se nós tínhamos Reiki, né? Então ele já vivenciou isso em algum tratamento, para ele fez bem. Eu acho que poderia ter mais terapias alternativas, acho que seria bem válido (P2).

Das diversas más práticas comentadas pelos entrevistados na condução da temática da R/E pelas equipes profissionais, pode-se destacar o pouco incentivo por parte da equipe profissional do hospital para que o paciente fale sobre esse tema, como nesse trecho:

> Em geral essa questão da religiosidade e da espiritualidade a gente aborda só quando admite, depois desse primeiro contato que é quando a gente pergunta qual a religião, se ele frequenta algum centro religioso, mas depois, isso em geral não é mais abordado. Aí vem mais por parte do próprio paciente, dele querer ter esse atendimento espiritual ou religioso em algum momento da internação. Mas não é algo que se aborde todos os dias, em geral é só na admissão do paciente. E é uma abordagem mais geral sobre qual religião dele, se ele frequenta algum culto, mas a gente não vai a fundo, isso acaba ficando meio de lado. E mesmo aqui, na própria unidade, a gente não tem espaço para essa pessoa poder frequentar como uma capela ou setor ecumênico que ele possa ir para desenvolver essa parte (E2).

Também pode-se ver na próxima fala que talvez o profissional não esteja receptivo para perceber a temática (há como que uma invisibilidade do tema). Quando indagado se lembrava de algum caso de paciente em que o tema da R/E apareceu, ele responde: “Pessoas em estágios avançados de câncer ou alguma outra doença que aí eles acabam pedindo para ter esse conforto espiritual. Não lembro de nenhum outro caso”. Sendo um profissional de saúde, espera-se que cotidianamente ele se depare com pacientes que tragam esta temática (sobretudo num país reconhecido por sua pluralidade religiosa). Talvez pudéssemos considerar a pouca receptividade ao tema como uma má prática. Nesse caso pode ser algo involuntário, já que o profissional talvez não considere esse um tema relevante na sua atuação, mas acaba por ser uma má prática tanto dos profissionais que ignoram essa dimensão, quanto da instituição quando o espaço não e aberto para se falar sobre isso.

Ainda sobre as más práticas, outro aspecto revelado pelos profissionais é em relação ao desrespeito à pluralidade religiosa e às práticas não dominantes (como as religiões católicas e neopentecostais) como se percebe na próxima fala:

> Eu fico pensando assim: dentro da saúde mental a gente exclui muito determinadas práticas religiosas. Dentro da saúde como um todo, na verdade. A gente pré-rotula, principalmente o que é da matriz africana: “essas religiões não vão nos ajudar”. A gente nega toda uma gama[...] tanto que os pacientes, para chegar e dizer que são dessas religiões, levam um

> tempo. Porque é mais bonito dizer que é evangélico e que acredita em Deus e que Deus é um só e que é Jesus que cura e salva, porque isso é mais aceito socialmente. Então acho que a gente exclui muito, acho que as equipes de saúde pecam um pouco nesse sentido. Elas relacionam muito direto a questão de espiritualidade com determinada linha religiosa. E negam outras e negam, inclusive, a não existência de uma crença religiosa (AS1).

Apesar de se ter um estado laico, a colonização do Brasil, cuja base foi a Religião Católica, associada ao grande crescimento de religiões neopentecostais, parece reforçar o preconceito sobre religiões não-hegemônicas. Conforme Altmann (2012) aponta, o censo de 2010, a maioria da população brasileira ainda se diz católica. Porém há uma discussão que permeia a multirreligiosidade no Brasil e que aponta para a negação da vivência religiosa que não a hegemônica: apenas 15 mil pessoas foram registradas como sendo adeptas de mais de uma religião. Um dado que, por certo, não representa a realidade. Isso provoca um questionamento referente ao censo, indicando que talvez a forma como essas perguntas são elaboradas não sejam a forma mais precisa de se captar essa peculiaridade brasileira – a dupla (ou mesmo múltipla) adesão religiosa (ALTMANN, 2012).

A discriminação religiosa feita pelas equipes de saúde é traduzida como uma má prática profissional, podendo interferir negativamente nos desfechos dos pacientes nos hospitais. Mas não apenas isso: a discriminação entre os próprios pacientes associada a uma negligência na atenção dessas questões por parte das equipes de saúde, pode levar a desfechos tão negativos quanto os mencionados anteriormente.

É também importante relatar o desconforto de um profissional (P1), no que se refere a falar sobre sua própria religiosidade e o quanto ainda se sofre preconceitos por parte de colegas, como se as crenças devessem ser ignoradas. A pouca privacidade é relatada por profissionais em outros estudos como uma grande barreira para a abordagem da R/E junto aos pacientes, revelando algum desconforto por adentrar num tema tido socialmente como de cunho privado (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Há que se pensar se essa negação e desestímulo à aceitação pode justamente ter um efeito inverso, trazendo prejuízos e ampliando preconceitos e atravessamentos negativos no acolhimento do profissional pelos colegas e pela instituição e na consequente ação inábil dele para com o paciente. Segue a fala:

> Eu penso que abrir um pouco da questão pessoal, da tua religiosidade, com algumas pessoas... eu tenho uma certa reserva. Porque têm pessoas que às vezes acreditam em outras crenças e às vezes a pessoa pode ser mal interpretada. Mas quanto à espiritualidade, de uma forma geral, eu acredito e incentivo. (P1)

Cabe refletir sobre a questão da R/E ser tratada como um tema privado. Neste caso, haverá dificuldades em ser discutida como um tema coletivo e legitimada nas suas diferentes nuances.

Por outro lado, parece claro, entre os entrevistados, que o estímulo à ampliação no acolhimento das diferentes religiões é considerado uma boa prática:

> Existe algo que está para além de nós, me parece muito inquestionável, independente do que é isso. É poder estimular que se fale disso, e não seja um tabu, do tipo não se fala disso aqui, aqui a gente está pelo exame, porque não poder se falar disso? A forma mais fácil é poder mostrar o que se tem, quais são, existem várias religiões, quais são elas? O que os pacientes estão trazendo? (P3)

Por fim, os relatos trazidos acerca do despreparo dos profissionais de saúde ratificam alguns estudos que apontam que esses trabalhadores desconsideram os assuntos da R/E como parte do seu trabalho, não entendem por que deveriam ser, não sabem nem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007).

Religiosidade/espiritualidade na saúde

Estudos têm considerado a R/E como fator de proteção para várias condutas de risco, sobretudo as relacionadas com álcool e outras drogas, e, por esse motivo tem uma participação importante na melhoria do estado de saúde dos pacientes (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015; SCOTT et al., 2015). Tais estudos confirmam a impressão de um dos profissionais entrevistados:

> Posso relatar o caso de um paciente que recebeu alta há pouco tempo, ele relata que, entre os períodos que ele ficou bem, na vida dele, que ele conseguiu se manter longe do uso de álcool, que é a questão dele, foi o período que ele estava muito vinculado a religião evangélica. Ele fala que foi a melhor época da vida dele, e que não era um tratamento, nem uma internação em comunidade terapêutica, era frequentar a igreja e vivenciar aquilo na vida dele. Depois ele foi se afastando da igreja, manteve outras amizades, ele acabou recaindo no uso, e agora, quando ele foi internado no projeto terapêutico dele, ele colocava muito isso, essa necessidade de voltar para essa religião, ele acreditava que era o que mantinha ele bem (P2).

O *coping* religioso/espiritual tem sido largamente pesquisado nas últimas décadas, apontando sua influência positiva para diversos aspectos da saúde física e mental, tais como doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer, satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Há também diversos estudos demonstrando o mesmo desfecho positivo em saúde pública, tendo menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, entre outros (KOENIG, 2004, 2009; PANZINI; BANDEIRA, 2007; WEBER; PARGAMENT, 2014). A maioria dos profissionais de saúde entrevistados mencionaram sua percepção em relação a esses aspectos: para um dos

entrevistados, a R/E "ajuda na capacidade de eles poderem ter maior resiliência, poder suportar tudo isso, porque é muito difícil, são pacientes em uma situação clínica e real muito difícil".

Outro entrevistado confirmou aquilo que outros entrevistados trouxeram "que o aspecto religioso ajuda na questão de manter uma certa qualidade de vida do sujeito e ampliar a sua rede de leques de escolhas, e tal [...]" mas também trouxe os aspectos negativos "também tem a contrapartida que pode prejudicar. Principalmente no que diz na relação com o pecado, com a culpa". A literatura também aponta essa possibilidade de que algumas crenças religiosas podem aumentar a culpa e/ou levar a um desencorajamento quando eles estão em desacordo com os padrões impostos pela religião. Assim como dúvidas em relação a algumas crenças ou ensinamentos podem levar a ansiedade e depressão (WEBER; PARGAMENT, 2014).

Quando a resposta dada pela ciência médica tradicional se faz insuficiente, seja por sua impotência ou por sua soberba, os pacientes recorrem àquilo que Latour (2004, p. 371) diz ser um "salto de fé […] que tem por objetivo pular e dançar na direção do que é próximo e presente, redirecionar a atenção, afastando-a do hábito e da indiferença…". Na fala de um entrevistado aparece essa necessidade de dar conta de ansiedades que não são atendidas plenamente:

> Tem um caso de um menino de 24 anos que eu atendo, que ele esteve muito vinculado à doutrina espírita. Então foi ali, naquela doutrina, que ele encontrou algumas explicações para alguns sentimentos que ele tinha, algumas angústias, desde a infância [...]. (AS1)

Em uma revisão integrativa com 337 artigos com o tema da espiritualidade na enfermagem, identificou-se que a espiritualidade está associada à busca de sentido na vida no enfrentamento da dor, destacando-se a importância do desenvolvimento da espiritualidade no cuidado (ESPÍRITO SANTO et al., 2013). Esses aspectos levantados pelo estudo são confirmados por E1:

> Eu acredito e já li também vários artigos fazendo essa relação, que pacientes que tinham, apresentavam esse lado espiritual mais fortalecido toleravam melhor os sintomas da doença, não tinham a desesperança assim tão presente, muitas vezes em doenças crônicas. Acredito que eles enxergam a vida, quando se isso não é com aquela rigidez de algumas práticas religiosas, se isso é uma coisa tranquila em que se busca ser uma pessoa melhor, está de bem com a vida, eu acho que é fundamental estar em paz de espírito para poder lidar com as doenças, eu acho que até o adoecimento é de uma forma um pouco mais resignada, não é aquela revolta, é só parte da vida mesmo. (E1)

Os trabalhadores da área da saúde também apresentam suas questões religiosas/espirituais, desejando encontrar no seu trabalho um sentido de propósito e de significado, pretendendo experimentar um sentido de conexão com outras pessoas e com a sua comunidade de trabalho (ASHMOS; DUCHON, 2000). Outro aspecto é a questão organizacional do hospital em que essa dimensão pode auxiliar funcionários e gestores a encontrar um significado mais profundo – e

melhores recompensas – através do local de trabalho (LAABS, 1995). O entrevistado AS2 considerou que "tanto a religiosidade quanto a espiritualidade fizeram parte da minha formação como pessoa. O fato de eu ter uma crença contribuiu para minha formação, para as coisas que eu acredito, para meu trabalho".

A fim de proporcionar um cuidado adequado aos pacientes, o profissional de saúde precisa olhar para si e promover um autocuidado adequado, que atenda suas necessidades integrais. Em um estudo com 63 profissionais de saúde de cuidados paliativos, os resultados apontaram que o cuidado com a espiritualidade teve efeito positivo no bem-estar espiritual desses profissionais (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Nesse sentido, o entrevistado P3 falou da importância da espiritualidade como suporte para suas dificuldades: "Eu vou em igreja também, não tanto pelo ritual, mas mais porque eu acho aquele espaço é um espaço de energia positiva, e essa energia me faz bem, isso me fortalece" (P3).

A R/E tem sido reconhecidamente associada com um menor consumo de substâncias psicoativas (DEWALL et al., 2014). Em um estudo transversal realizado com 363 indivíduos, a presença da religiosidade pareceu ter efeito protetor para o consumo de álcool e tabaco. Esse resultado reforçou a ideia de que ir à igreja ou a encontros religiosos distanciaria os indivíduos do consumo nocivo de álcool e tabaco (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015). Ao que parece, a inibição do consumo de drogas nos espaços religiosos e o fortalecimento do laço social parece ser uma das justificativas para esse desfecho, como afirmou um dos entrevistados:

> Se formos pensar em espaços de vinculação social que não tenha uso de substância, não são tantos não. Grande parte tem [...] as comemorações são vinculadas, a churrascada com cerveja, a droga lícita está muito naturalizada, ela ocupa um lugar muito comum. Dentro das religiões isso é muito mais restrito. E fora que é uma coisa que faz bem, né? Eles ficam felizes, gostam de ir, tem uns que fazem grupo de música, participam de outras coisas. Isso abre uma porta de outras possibilidades de vida, em função de vida, então tende a ser bem positivo. (E3)

As parcerias com as igrejas, templos religiosos da comunidade e grupos de autoajuda parecem favorecer o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, voltadas ao planejamento de ações educativas para a saúde, no sentido de prevenir e minimizar o abuso de substâncias psicoativas juntamente com fortalecimento da autonomia do paciente. É o que se pode ver na fala de E3:

> [...] nós trabalhamos com retomada de laços sociais. "o cara tinha um vínculo lá na associação do bairro que ele participava do conselho de saúde", vamos estimular que ele retorne às atividades, é algo para ampliar repertório de circulação social. E a religiosidade tem um papel enorme aqui, nós tentamos retomar vínculos saudáveis, também, vínculos que normalmente são mais protetivos, e também a religiosidade nesse sentido ajuda muito, de garantir um espaço onde eles tenham um respaldo. (E3)

Em diversas pesquisas realizadas com profissionais de saúde e/ou pacientes, a espiritualidade foi considerada como fonte de esperança e fé, auxiliando no enfrentamento das dificuldades e que as crenças estão intimamente relacionadas aos processos ligados à saúde (ALLEN et al., 2014; EVANGELISTA et al., 2016; SOUZA et al., 2015; WEBER; PARGAMENT, 2014). Os entrevistados apresentaram percepções semelhantes ao que a literatura mostra, como pode-se ver no comentário de AS3: "Mas tenho acompanhado alguns estudos que referem isso, pessoas desesperançosas têm mais dificuldade de melhorar, sim". A mesma coisa em relação à AS2: "Quando as pessoas têm uma crença ou são espiritualizadas ou acreditam em algo, isso contribui positivamente e acho que é necessário para cada um de forma diferente, mas acho necessário".

Formação

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) apontam para a necessidade de uma formação profissional em educação permanente que traduza e atenda, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas, captadas em sua expressão individual. Neste sentido, o olhar para a R/E, bem como seu acolhimento, tornam-se imprescindíveis pois esta dimensão constitui elemento fundamental do cuidado integral.

Os resultados do presente estudo revelam que em geral os profissionais não tiveram formação adequada para lidar com as questões da R/E no contexto de seu trabalho. A ausência do tema da R/E, tanto na formação inicial, quanto na formação superior, aparece destacada, como na fala abaixo:

> Nem na escola eu fiz religião, na graduação eu não tive nada sobre religiosidade, eu não fiz religião no ensino fundamental, nem no ensino médio. Eu pedi para minha mãe, porque eu não queria, porque era justamente a coisa do fechar, eu já era meio rebelde, no sentido que queria ver outras coisas, e na época ela podia dizer que eu não precisava. Nem nessa época eu participei, embora ela tenha me obrigado a fazer crisma e catequese. Mas na graduação não, nada, não que eu lembre. (P3)

Nessa outra fala, a entrevistada refere que mesmo na prática (em estágios), o tema passou despercebido e/ou ignorado:

> É um tema pouco abordado entre os profissionais. Outros estágios que fiz, fiz três diferentes, não tiveram abordagem nenhuma do tema. Até aqui no hospital é pouco abordado. Só se os profissionais se interessam pelo tema voluntariamente, não é disponibilizado e divulgado. Cursos EAD, de capacitação, seria bom. (AS2)

Conforme as manifestações dos entrevistados, eles explicitam aquilo que a literatura tem apontado: os profissionais da área da saúde relatam não ter formação adequada para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES et al., 2007; SILVA et al., 2008; WASNER et al., 2005).

Em se tratando de pensar a Psicologia (e a prática do psicólogo), a formação carece da possibilidade de não patologizar experiências contextuais, sobretudo quando se refere a experiências no contexto religioso. Essas experiências têm sido chamadas de anômalas. É o que aparece na seguinte fala:

> [...] Fico pensando no serviço de saúde mental, como a gente diferencia o paciente que está alucinando e o paciente que tem uma crença e veio, como que a gente diferencia isso? O que é uma patologia, e está desconecto com a realidade, e o que isso faz parte da realidade dele, faz parte da vida dele, e que não está desconecto, não está psicótico por causa disso. Então, é poder falar disso, "ah, não ele está ouvindo vozes", ele tem uma religião que preconiza isso, e vamos ignorar isso, vai dizer que é psicótico? Não. Nem todos, senão todos os espíritas seriam psicóticos, mas nem todo o psicótico tem uma mediunidade. Então essas diferenças a gente têm que poder falar, acho que isso tem que ser estimulado, acho que existe muito tabu, e muita coisa que não é dita. Acho que isso só atrapalha na relação profissional e paciente (AS1).

Sendo o Brasil um país com uma enorme diversidade cultural e religiosa, parece ser esperado que uma das necessidades seja a de compreender estas diferentes religiosidades que compõem o cenário brasileiro, com suas nuances e diversidades:

> Acho que seria interessante trazer encontros espirituais de várias religiões, trazer líderes de cada religião, para expor o que cada religião traz, benefícios que eles veem em cada religião, para que todos tenham esses conhecimentos uniformizado, acho que seriam importantes esses encontros, não que seja encontro a cada ano, mas, sei lá, diversas modalidades de encontros para que as pessoas possam expor a sua religião, acho que isso é bem importante (E2).

Considerações finais

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) constituem temas de grande relevância e visibilidade, sobretudo no Brasil. Foi possível observar que a R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, promovendo a reflexão do conjunto de sua organização: de instalações físicas, como capelas e espaços para silêncio a pessoas (profissionais de saúde, gestores, pacientes, entre outros). A problematização deste assunto é uma necessidade que aponta para a legitimação do debate, podendo e devendo ser integrado nas práticas em saúde. O que interessa é que a R/E possa se tornar visível e interpelada no cotidiano do contexto hospitalar, dentro de uma abordagem que vise contemplar o indivíduo em sua integralidade (dimensões física, social, mental e espiritual) e instrumentalizar os profissionais de saúde a lidar com as diferenças, dentro dos princípios da ética que norteiam um melhor cuidado.

Tratando-se de um estudo qualitativo e transversal, os dados aqui ilustrados não são passíveis

de generalização. Ainda assim, esta pesquisa mostra-se de acordo com a literatura ao apresentar que os profissionais da área da saúde percebem a relevância que a R/E possui no seu cotidiano dentro do hospital e, em geral, não se sentem preparados para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES et al., 2007; SILVA et al., 2008; WASNER et al., 2005). Importa considerar que a participação efetiva da população fortalece os aspectos da diversidade em direção à produção do cuidado integral mais efetivo, incluindo as expressões de R/E percebidas pelos profissionais de saúde e traduzidas no desenvolvimento de políticas públicas que possam dar conta dessa pluralidade.

Considera-se este trabalho como disparador para futuros aprofundamentos na gestão do cuidado em saúde no contexto hospitalar, em discussões que apontem para a inclusão da R/E na formação dos profissionais de saúde, em futuras pesquisas que indiquem os desafios do trabalho destes profissionais junto aos pacientes e as formas que se possa inserir a R/E no contexto do SUS. Mostrou-se como fundamental a instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde. Da mesma forma é importante ressaltar a importância da compreensão dessa dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado.

Referências

ALLEN, J. D. et al. Religious beliefs and cancer screening behaviors among Catholic Latinos: implications for faith-based interventions. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Thousand Oaks, v. 25, no. 2, p. 503-526, May 2014.

ALTMANN, W. Censo IBGE 2010 e Religião (IBGE 2010 Census and Religion). **Horizonte,** Belo Horizonte, v. 10, n. 28, nov. 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2012v10n28p1122/7901>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ALVES, J.S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais de saúde. **Mundo saúde,** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

ASHMOS, D. P.; DUCHON, D. Spirituality at work: a conceptualization and measure. **Journal of Management Inquiry,** San Antonio, v. 9, no. 2, p. 134-145, June 2000.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2006.

BRASIL. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social,** Uberaba, v. 3, n. 1, p. 28-39, 2015. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1032/894>. Acesso em: 31 jul. 2018.

CAVALHEIRO, C. M. F.; FALCKE, D. Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul. **Estudos de Psicologia (Campinas),** Campinas, v. 31, n. 1, p. 35-44, mar. 2014.

DEWALL, C. N. et al. Explaining the relationship between religiousness and substance use: Self-control matters. **Journal of Personality and Social Psychology,** Washington, v. 107, no. 2, p. 339-351, 2014.

ESPÍRITO SANTO, C. C. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 18, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588>. Acesso em: 23 dez. 2016.

EVANGELISTA, C. B. et al. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160023>. Acesso em: 31 jul. 201o.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal,** Birmingham, v. 97, no. 12, p. 1194-1200, dez. 2004.

_____. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 54, no. 5, p. 283-291, 2009.

_____. **Spirituality in patient care:** why, how, when, and what. 3rd ed. West Conshohocken, PA: Templeton Press, 2013. 344 p.

LAABS, J. J. Balancing spirituality and work. **Personnel Journal,** Baltimore, v. 74, no. 9, p. 60-77, 1995.

LATOUR, B. "Não congelarás a imagem", ou: como não desentender o debate ciência-religião. **Mana,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 349-376, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2018.

LIND, B.; SENDELBACH, S.; STEEN, S. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. **Critical Care Nurse,** Secaucus, v. 31, no. 3, p. 87-90, July 2011.

MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 10, no. 1, p. 169-177, Feb. 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176-182, abr. 2014.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 34, p. 82-87, 2007.

QUEIROZ, N. R.; PORTELLA, L. F.; ABREU, A. M. M. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 28, n. 6, p. 546-552, dez. 2015.

SCOTT, M. et al. Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 24, n. spe, p. 154-160, 2015.

SILVA, E. V. M. et al. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. **Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SOUZA, V. M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 68, n. 5, p. 791-796, out. 2015.

WASNER, M. et al. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. **Palliative Medicine,** Cambridge, v. 19, no. 2, p. 99-104, Feb. 2005.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry,** Philadelphia, v. 27, no. 5, p. 358–363, Sep. 2014.

Pesquisas

A TUTORIA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM NOVO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

TUTORSHIP IN RESIDENCES IN HEALTH: A NEW CONTEXT OF HEALTH EDUCATION

TUTORÍA EN LAS RESIDENCIAS EN SALUD: UN NUEVO CONTEXTO DE ACTUACIÓN DE EDUCACIÓN EN LA SALUD

Malviluci Campos Pereira[1]

Cristianne Maria Famer Rocha[2]

Resumo
A formação de trabalhadores em serviço e a mediação profissional-estudante transversalizam este texto, mostrando-se relevantes às discussões sobre o ensino na saúde. Através de uma pesquisa analítico-descritiva, o objetivo foi descrever atividades, papéis e funções do tutor/trabalhador. A tutoria mostra-se como papel reconhecido no contexto de formação em saúde, contudo sua atuação não é explorada no âmbito acadêmico. Nas Residências em Saúde no Brasil, as mudanças na regulamentação da função dos atores/trabalhadores geraram, ao longo do tempo, confusões em relação aos papéis desempenhados. Devido à diversidade de configuração dos Programas de Residência no Brasil, percebe-se a necessidade de continuar a explorar este tema voltando-se para a realidade de atuação na prática.
Palavras-chave: tutor; tutoria; residências em saúde; internato não médico.

Abstract
The training of workers in-service and the professional-student mediation cross this text and make relevant this topic to the discussions on health education. Through an analytic-descriptive research, the objective was to describe the activities, roles and functions of the tutor/worker. The tutoring is shown as a recognized role in the context of health education, but its performance is not explored in the academic field. In Health Residencies in Brazil, changes in the regulation of the role of actors/workers have generated, over time, confusion regarding the roles played. Due to the diversity of the configuration of the Residency Programs in Brazil, it is necessary to continue to explore this theme, turning to the reality of the practice.
Keywords: mentors; preceptorship; residence in health; nonmedical internship.

Resumen
La formación de trabajadores en el servicio y la mediación profesional-estudiante transversalizan este texto, siendo relevante para la discusión sobre la educación en salud. A través de una investigación analítico-descriptivo, el objetivo fue describir las actividades, roles y funciones del tutor/trabajador. La tutoría se muestra como una función reconocida en el contexto de la formación en salud, pero su actuación no se explora

[1] Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: malvipereira@hotmail.com
[2] Professora adjunta do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: rcristianne@gmail.com

en el ámbito académico. En las Residencias en Salud en Brasil, los cambios en la reglamentación de la función los actores/trabajadores han generado, con el tiempo, confusión con respecto a las funciones que desempeñan. Debido a la diversidad de configuración de Programas de Residencia en Brasil, vemos la necesidad de seguir explorando este tema con el énfasis en la actuación práctica.
Palabras clave: tutores; preceptoria; residencias en salud; internato no médico.

Introdução

O incentivo, baseado na Educação Permanente em Saúde (EPS), de que a formação se dê com base no trabalho e que coloque o trabalhador como protagonista de sua formação, apresenta-se como grande contribuição para a formação de trabalhadores (MEHRY, 2005). Para Ceccim e Ferla (2008), tal aspecto favorece a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que este parte da vivência na realidade do trabalho para produzir interrogações e mudanças.

O contexto de formação destes atores e a prática de ensino em serviço podem ser colocados em destaque a partir de diversos contextos, como fazem, por exemplo, Rocha, Warmling e Toassi (2016) ao descreverem o papel e os desafios do preceptor que acompanha os estágios de graduação em odontologia. No caso deste artigo, escolhemos as Residências em Saúde. Como aponta Ceccim (2010), com base na EPS, as Residências em Saúde, hoje, se apresentam como uma das estratégias de consolidação do SUS, na modalidade de ensino de pós-graduação, desenvolvida no ambiente do trabalho.

A partir da interação contínua com as práticas de trabalho, as Residências em Saúde, apresentam-se como modelo inovador na formação de profissionais, onde se prima pela ação problematizadora e conscientizadora, contrapondo-se a um paradigma de trabalho biologicista e compartimentalizado e à realidade da educação bancária. Além disso, tem como base o trabalho multiprofissional, integrado, adequado às necessidades locorregionais e à EPS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Outra característica desta formação, que se consolidou ao longo do tempo, foi a mudança de um modelo uniprofissional para um de integração em equipes (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; PASINI, 2010). Enfim, uma formação que se dá concomitantemente dentro das realidades do trabalho e da formação e interage com o que já está posto para ambas, fato que instiga processos de mudanças na área da Saúde (ALVES DA SILVA; CABALLERO, 2010; CECCIM, 2010).

Diversos atores integram este contexto de formação no trabalho, dentre estes, residentes em formação, trabalhadores ligados aos serviços e profissionais ligados ao ensino. Como nos aponta Dallegrave (2013), nas Residências em Saúde e em outros programas de formação em serviços de saúde, mostra-se necessário reorganizarmos processos de trabalho/equipe para agora dar conta de um novo papel, o de educador. Neste estudo, escolhemos colocar em destaque um destes atores, o/a tutor/a.

O/a tutor/a aparece como um dos trabalhadores que compõe as Residências, oficialmente a partir de 2005, e seu papel ainda está em processo de consolidação (BRASIL, 2005a). Além disso, a abordagem com base na figura do tutor/a presencial mostra-se rara, mais ainda nas Residências Multiprofissionais em Saúde, onde não foi explorada em estudos acadêmicos, como observado na pesquisa realizada por Dallegrave e Ceccim (2013), no qual os autores realizam um panorama sobre os estudos que abordam as Residências em Saúde no Brasil. No intuito de explorar o contexto da tutoria na formação e mais precisamente nas Residências em Saúde, buscamos neste artigo descrever elementos que componham a realidade de atuação do tutor/a.

Procedimentos Metodológicos

Com o intuito de levantar materiais que subsidiassem explorar o contexto de atuação da tutoria nas Residências em Saúde realizamos uma busca sistemática na *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e no Banco de Teses da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), em 5 de outubro de 2015, utilizando os descritores 'Tutor', 'Tutores' e 'Tutoria'. Foram encontrados 22 artigos no Scielo e dez teses ou dissertações no Banco de Teses da CAPES. Diferentes formas de tutoria aparecem nos textos encontrados, contudo, somente um deles aborda a atuação do tutor/a dentro de um Programa Residência Multiprofissional (SOUZA, 2012).

A partir da dificuldade de encontrar materiais escritos com enfoque na tutoria das Residências Multiprofissionais em Saúde e a atuação prática deste ator, foi necessária uma procura aprofundada em referenciais teóricos oriundos de diferentes contextos, incluindo, além das teses e dissertações, documentos oficiais, artigos científicos e capítulos de livros. Ao ampliar a busca para além de uma seleção categorizada, pretendemos descrever e discutir o tema da tutoria nas Residências em Saúde no Brasil sobre um ponto de vista contextual que considere as reflexões das autoras.

Os resultados da busca sistemática somados aos da busca aleatória serão apresentados em um texto analítico descritivo, seguindo os pressupostos da Revisão Narrativa, conforme Rother (2007). Para esta autora, a Revisão Narrativa busca descrever ou discutir um determinado tema sobre uma perspectiva ampla. Outro fator destacado neste tipo de análise é o de que as fontes, metodologias de busca e critérios para seleção das referências apresentam-se em segundo plano em relação à apresentação da literatura e a análise crítica do autor (ROTHER, 2007).

O/a tutor/a e a tutoria no contexto da formação em saúde

Segundo os dois dicionários da Língua Portuguesa consultados (HOUAISS, 2008; FERREIRA, 1999), o significado da palavra tutor/a está relacionado com o sentido de defensor, aquele que protege, ampara ou dirige. Pode expressar um sentido de responsabilidade legal ou suporte

a alguém, na área da formação ou na agricultura. No campo educacional, o tutor/a é um conselheiro, ou um aluno que recebe a incumbência de auxiliar outros alunos.

No contexto da formação, o/a tutor/a se mostra retratado como uma pessoa de confiança que auxilia na educação das crianças e jovens com papel de mediação, acompanhamento, orientação do ensino aprendizagem. Por meio de uma relação personalizada, individual ou coletiva, ele faz um acompanhamento longitudinal do aprendizado (COSTA; KNUPPEL, 2014; GONÇALVES; BELLODI, 2012; PONCE ROSAS et al., 2003). Em alguns casos, o tutor/a realiza um papel complementar à sala de aula, aparecendo como o fio condutor do processo educativo, com a função de articulador dos diversos elementos como teoria e prática, concreto e abstrato, individual e coletivo (VIVAS BOMBINO et al., 2013).

Quando relacionada à graduação e à pós-graduação na área da Saúde, a tutoria, demarcada como presencial, é apresentada como uma estratégia reconhecida, principalmente quando relacionada ao aprendizado da prática. Neste caso, os/as tutores/as aparecem conciliando funções de assistência, ensino e pesquisa, com papel importante no estímulo ao desenvolvimento pessoal e acadêmico, servindo de guia na solução de problemas ou de apoio aos estudantes no campo acadêmico, cultural e de desenvolvimento humano (ALPIZAR CABALLERO; ANORGA MORALES, 2014; MOLERIO SAEZ; TORRES PEREZ, 2013; BOTTI; REGO, 2008).

A tutoria é apontada como o melhor método para que ocorra a integração docente-assistencial-investigativa, como modelo importante para a inserção na realidade, favorecendo o desenvolvimento dos territórios (ALPIZAR CABALLERO; ANORGA MORALES, 2014). Neste contexto, Vivas Bombino et al. (2013) apresentam o tutor/a como um elemento-chave para o sucesso no trabalho formativo com estudantes universitários, como exercido não só em tempos pré-definidos para ela, mas em todo o espaço escolar.

Ao falar da tutoria presencial no processo de formação de sanitaristas na Espanha, Alvarez Sanchez et al. (2003) atentam para variações da atuação do tutor/a a partir da diversidade pessoal e profissional, da inserção em diferentes contextos de ação e de instituições de ensino. Abordam como uma questão-problema os diferentes entendimentos em relação ao papel do tutor/a na formação e as deficiências na questão pedagógica. Estes autores dão como encaminhamento para o processo de trabalho da tutoria a necessidade de reservar um tempo para docência diferenciado do de assistência; a valorização; o processo de seleção que contemple as necessidades para determinado perfil de ensino; a autonomia na atividade da tutoria a partir das singularidades, bem como para a organização do trabalho docente.

No Brasil, a figura do tutor/a integra diversas realidades na formação em Saúde. A partir dos documentos oficiais, podemos percebê-la como importante ferramenta de ensino-aprendizagem para

acompanhamento da inserção nos serviços. Como exemplo, podemos citar o Programa de Educação Tutorial (PET), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o Programa mais Médicos e o Programa de Educação a Distância da Universidade Aberta do Brasil (UAB).

O Programa de Educação Tutorial, desenvolvido pelo Ministério da Educação (MEC), foi instituído em 2005, pela Lei n° 11.180, com o intuito de "fomentar grupos de aprendizagem tutorial mediante a concessão de bolsas de iniciação científica a estudantes de graduação e bolsas de tutoria a professores tutores/as de grupos do PET (BRASIL, 2005c) e orientado pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Dentre seus objetivos, estão a introdução de novas práticas pedagógicas na graduação e o desenvolvimento da aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar, assim como a sua consolidação como prática de formação na graduação (BRASIL, 2010a). A organização da atuação no PET se dá a partir da formação de grupos de estudantes de graduação, sob a orientação de um professor tutor/a. A este professor tutor/a cabe organizar, planejar e supervisionar as atividades do grupo; orientar os integrantes discentes e controlar a frequência e a participação dos estudantes; além de atender às demandas burocráticas da instituição e do MEC (BRASIL, 2010a).

Com base no Programa de Educação Tutorial e a partir de Portaria Interministerial n° 421, de 3 de março de 2010, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) é instituído para fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS (BRASIL 2010b). A característica de formação dentro dos serviços aparece como um dos pontos em destaque nesta Portaria, além da integração ensino/pesquisa-serviço. Neste caso, o/a tutor/a aparece como o profissional vinculado a uma IES, com papel de supervisão em grupo.

Ambos os Programas – PET e PET Saúde – têm abordagem presencial e apresentam previsão de bolsa para este fim. Já nas outras duas abordagens, a seguir, a característica de contato direto se modifica. Nestes casos, o/a tutor/a faz também um acompanhamento a distância.

No Programa Mais Médicos, instituído pela Lei n° 12.871 de 22 de outubro de 2013 com intuito de formar recursos humanos na área médica para o Sistema SUS, o tutor/a também se apresenta como um ator importante. Este Programa explora temas relativos à atuação e à formação médicas, abrangendo ações para uma maior experiência prática, a integração ensino-serviço e de pesquisas aplicadas ao SUS. Dois profissionais integram as atividades com o médico em formação: o supervisor (profissional médico responsável pela supervisão contínua e permanente do trabalho do médico) e o tutor/a acadêmico (docente médico, responsável pela orientação acadêmica e planejamento das atividades com o supervisor). Ambas as funções possuem previsão de bolsa (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

O Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) foi instituído em 2006, pelo Decreto 5.800, com a proposta de desenvolvimento da modalidade de Educação a Distância (EaD), para com isso expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no País (BRASIL, 2006a). Em 2007, os Referenciais de Qualidade para a Educação a Distância trouxeram a caracterização de um 'sistema de tutoria', presencial ou a distância, com a necessidade de garantia de qualidade de interação e integração entre os diferentes atores da EaD, com comunicação de qualidade, periodicidade definida e flexibilidade (BRASIL, 2007).

Em relação à Educação a Distância, são apontadas duas formas de tutoria: a distância e presencial. O/a tutor/a à distância está ligado à instituição que promove a EAD e tem papel de mediação do processo pedagógico junto a alunos distantes geograficamente, de desenvolver espaços de produção coletiva de conhecimento e de participar do processo de avaliação. Já o que caracteriza a tutoria presencial é o atendimento dos estudantes nos polos presenciais em suas atividades individuais e em grupo. Estas funções podem ser intercambiáveis, considerando a possibilidade de mobilidade espacial e a necessidade de integração entre os atores e com o Projeto Pedagógico do Curso (BRASIL, 2007).

No contexto da formação em saúde no Brasil, a tutoria se apresenta como modelo potente de ensino-aprendizagem e do tutor/a como importante elo entre os alunos e as instituições de ensino. Contudo, o trabalho de tutoria tem como base distintos significados, funções, papéis e formas de atuação nos diferentes locais, que se mostram como importantes características a serem exploradas.

A regulamentação da tutoria nas Residências em Saúde

A instituição das Residências em Saúde, oficialmente nominada de 'Residência em Área Profissional da Saúde', se dá em 2005, através da Lei 11.129 de 30 de junho de 2005, e é acompanhada da regulamentação oficial a respeito dos diferentes atores que atuam nas Residências em Saúde. Esta Lei, ao tratar do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, cita a existência de preceptores/as, tutores/as e orientadores/as de serviço, ao falar das modalidades de bolsas (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b). Contudo, não especifica características ou funções de cada um desses atores, somente que estes praticam 'supervisão docente assistencial'. Em dois momentos, a função desses atores é apresentada nos documentos oficiais, conforme os dois quadros abaixo:

Quadro 1 – Função dos atores das Residências em Saúde no ano de 2005.

I - Preceptoria:	**II - Tutoria:**	**III - Orientação de serviço:**
- função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional; - atividade de orientação técnica e de organização do processo de aprendizagem especializado.	- função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo; - papel de orientadores de referência. **Obs.:** o tutor deve pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens.	- função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo; - atuação específica de instrutoria.

Fonte: Elaboração das autoras a partir da Portaria nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005 (BRASIL, 2005b).

Quadro 2 – Função dos atores das Residências em Saúde no ano de 2012.

A função de preceptor/a:	**A função de tutor/a:**	(Esta Resolução não cita o papel de orientador/a de serviço)
- supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa; - necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática;	- orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo. **Obs.:** A **tutoria de núcleo** corresponde a atividades do núcleo específico profissional, e a **tutoria de campo** ao âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.	

Fonte: Elaboração das autoras a partir da Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012).

Ao analisar os documentos, percebe-se que há uma alteração importante nas funções dos atores - tutor/a e preceptor/a - e o desaparecimento da figura do/a orientador/a de serviço de 2005 para 2012. É importante destacar que não são apenas simples as mudanças, pois as denominações tutor/a e preceptor/a sofrem uma inversão de funções nesses documentos. A preceptoria, em ambos, está ligada à área profissional, contudo ela passa de uma relação ampla do processo de aprendizagem para um enfoque mais específico de acompanhamento das atividades pelo profissional da equipe, dentro dos serviços. O tutor/a, que antes representava a figura do trabalhador, agora se apresenta como ator externo ao serviço, realizando orientação acadêmica de residentes e preceptores. Esta mudança de configuração certamente gera confusões a respeito dos papéis previstos pela legislação e, por este motivo, exploraremos com maior profundidade tais diferenças.

Percebemos que, inicialmente, em seu surgimento como ator das Residências Multiprofissionais em Saúde, o tutor/a se caracterizava como trabalhador vinculado ao campo de

prática que acompanha e supervisiona o residente. Neste caso, a tutoria é definida, pela Portaria Nº 1.111, como acompanhamento de aprendizagens profissionais no cotidiano do trabalho, onde trabalhadores pertencentes à equipe local de assistência, diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens, exercem o papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes (BRASIL, 2005b).

Contudo, ao longo do tempo, a função de tutoria se aproxima de um posicionamento mais acadêmico, neste caso, ligado a uma instituição de ensino. Segundo as 'Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde', propostas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) em 2012, o tutor/a passou a ser o profissional que tem o papel de orientação acadêmica tanto para preceptores (profissional que tem o papel de supervisão direta das atividades práticas) quanto para os residentes em formação (BRASIL, 2012). Nestas Diretrizes, a função do tutor/a se caracteriza pela integração entre saberes e práticas e se dá a partir das modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, sendo estas caracterizadas no Artigo 11 por:

> §1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.
> §2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (BRASIL, 2012, p. 4).

Ainda, segundo estas Diretrizes, as competências do/a tutor/a transitam dentro do compromisso com os Programas, com os preceptores, com os residentes e com os serviços de saúde em que estão inseridos, como apresentado no Artigo 12, abaixo:

> I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
> II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;
> III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
> IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
> V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
> VI. participar do processo de avaliação dos residentes;
> VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

> VIII. orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU (BRASIL, 2012, p. 4).

A modificação na definição do trabalho da tutoria parece acompanhar o período de mudança e expansão das Residências Multiprofissionais a partir da relação com as Instituições de Ensino Superior (IES). No ano 2009, ampliam-se investimentos para os programas de formação em serviço, mas exige-se, como contrapartida, a oferta dos programas em parceria com as IES. Neste ano, o MEC lança um projeto para implementação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na rede de Hospitais Universitários Federais, ofertando quinhentas bolsas para residentes, instituídas em 2010 e 2011 (BRASIL, 2014).

A partir do incentivo ao vínculo com as IES, a Universidade desempenha um papel, por vezes, de proponente, na qual é a condutora do processo, outras de suporte para a formação, no caso de uma Residência Multiprofissional que é proposta por um serviço de saúde. Neste contexto, com a intenção de articulação ensino-serviço, surge o papel do professor da IES como tutor/a.

As experiências de tutoria nas Residências em Saúde

Apesar de concretamente caracterizados pelas regulamentações, entendemos que é no cotidiano das Residências em Saúde que os atores das Residências em Saúde vão se constituindo de acordo com as diferentes conformações dos Programas e no dia a dia do ensino em serviço. Souza (2014), ao se referir à preceptoria, destaca que apesar de esta se mostrar uma atividade normatizada pelas determinações oficiais da CNRMS e projetos dos Programas, ela se constrói de ações singulares, no decorrer das relações, na inserção e aproximação do residente com a equipe. Ou seja, ser preceptor, tutor/a ou orientador de campo, assim como ser residente, extrapola os indicativos oficiais da legislação para se expressar na práxis.

Botti e Rego (2008), ao estudar os papéis de preceptor/a, supervisor/a, tutor/a e mentor/a no Brasil, com enfoque na Residência Médica, evidenciam a diversidade de denominações, de entendimentos e de sobreposição desses termos. Esta diversidade pode estar relacionada a construções de fazeres em diferentes realidades. Isto também é apontado por Fajardo (2011), quando aborda uma construção de identidade do preceptor ao longo do fazer e da experiência com o residente e em relação com o processo de trabalho e ensino, fato que poderíamos aplicar a todos os atores.

Em relação à tutoria, mais especificamente, nos textos que descrevem experiências mais antigas de Programas de Residência no Brasil, os tutores são descritos como trabalhadores inseridos nos campos de prática que acompanham a formação dos residentes através de supervisão local. Aparecem tutores de mesma categoria profissional, mas também de outras, considerando-se a garantia da inserção do residente no campo e na prática (BRASIL, 2006b). Neste sentido, Fajardo e Ceccim

(2010) abordam a diferenciação do papel do preceptor e do tutor/a conforme a já citada Lei 11.129 (BRASIL, 2005a), onde os preceptores são caracterizados como especialistas na área profissional e os/as tutores/as como aqueles que se encontram no ambiente de trabalho no qual está inserido o residente.

Pasini (2010), em uma cartografia dos processos de formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde, descreve como se dá a organização pedagógica dos atores. Nesse caso, os preceptores aparecem como "os profissionais de saúde que desenvolvem atividades de orientação docente-assistencial" (p. 98) e os orientadores de serviço como "todos os demais profissionais do serviço que não possuem designação formal de preceptoria, mas desenvolvem no cotidiano dos serviços atividades de orientação docente/assistencial por conta da dinâmica do trabalho em equipe" (p. 98). Ao comparar com o que aponta a Portaria nº 1.111 (BRASIL, 2005b), a autora entende que "a função de preceptoria no local do estudo se aproxima da função de tutoria definida por esta Portaria" (p. 98).

Martins et al. (2010) abordam o cenário das Residências em Porto Alegre, analisando as semelhanças e as diferenças entre quatro Programas. A partir desta comparação, percebem-se diferenças em relação à estrutura do corpo docente, em relação à nomenclatura, à distribuição das atividades e atribuições. Dois dos quatro Programas analisados possuem a figura do tutor/a, em ambos, ele é responsável "pela articulação do ensino teórico com os campos de formação prática" (p. 85). Outros trabalhadores das Residências também são mencionados, como os preceptores (nos quatro Programas esses atores estão ligados ao campo de prática, atuando na supervisão docente-assistencial ou técnica); os orientadores de trabalhos de conclusão; os orientadores de campo (profissional que atua na assistência) e os docentes (responsáveis pelo desenvolvimento de atividades teóricas). Entre os Programas analisados, os vários atores possuem diferentes denominações, contudo as autoras reconhecem objetivos de ação e funções bastante semelhantes entre eles. Como abordado por estas autoras, num segundo momento, principalmente após o ano de 2010, os Programas apresentam um tutor externo ao campo de prática.

Em um estudo sobre a descentralização dos Programas de Residência no Brasil, Haubrich (2015) apresenta uma descrição de tutoria em um determinado Programa a partir da experiência de separação entre a atividade de tutoria de campo e de núcleo. Nesse caso, a tutoria de campo consiste no acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem dos envolvidos com a Residência em cada campo de formação, o que compreende cada serviço da rede de saúde onde haja residentes. A autora destaca que, desde 2011, a tutoria se fortalece como uma ferramenta potente frente ao cenário de mudanças que este Programa vivencia em dois movimentos significativos: a reconfiguração de uma ênfase e a descentralização para diferentes municípios (HAUBRICH, 2015).

Em alguns dos textos pesquisados, o/a tutor/a ou a tutoria aparecem ligados às atividades teóricas ou em outros formatos ou apresentações. A exemplo destes, temos as sessões tutoriais como modo de organização das disciplinas teóricas, onde os tutores atuam como facilitadores das atividades didáticos pedagógicas com intuito de promover um tensionamento crítico-reflexivo (OLIVEIRA, 2006; VILASBÔAS, 2006).

Oliveira e Guareschi (2010) falam sobre o trabalho da tutoria e preceptoria dentro dos espaços de aula e supervisão. Estas autoras consideram o momento de encontro de tutores e preceptores com os residentes como subsídio para problematização das práticas e planejamento de ações baseadas em novas perspectivas e como promotor de reflexão crítica e produtora de sentido. Nesse caso, a presença do tutor/a e do preceptor/a pode ser um estimulador ou limitador, dependendo da relação deste(s) com a equipe e com o residente, indicando, assim, proteção do residente e garantia de espaço de criação ou a limitação do que pode ser experimentado (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Aparece também, nos textos revisados, a figura do tutor/a como facilitador e mediador do processo pedagógico a partir da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e dentro de atividades teórico-práticas, como a do Currículo Integrado. Essas atividades caracterizam-se como um modelo participativo de aprendizado, a partir da interação em grupos e tendo como elementos estruturantes a discussão de problemas e análise da realidade (DIERCKS et al., 2010; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

O texto de Lobato (2010) aborda o lugar participativo do tutor/a, ao explorar a dimensão política na formação de trabalhadores para o SUS. Nesta experiência, os tutores são profissionais vinculados às equipes e, além da supervisão dos residentes, têm participação nos espaços de construção e discussão, como o Colegiado de Gestão e espaços de Educação Permanente. Neste caso, a construção destes espaços se deu a partir de demandas geradas pelas atividades educativas de apoio pedagógico e de compartilhamento de conhecimento sobre o SUS. Ceccim (2010) aborda com maior abrangência este lugar participativo do tutor/a ao falar da criação de fóruns específicos para discussões de interesses públicos e representação de cada seguimento. Para este autor, o surgimento de novos atores, coordenadores, preceptores, docentes e residentes, a partir da emergência das Residências e sua expansão entre 2007 e 2009, traz a necessidade de construção de redes de interação e de mediação com as esferas do Estado.

Em sua dissertação, Souza (2012) avalia a perspectiva do Núcleo Docente Assistencial Estruturante em relação ao docente, tutor/a e preceptor/a ideais para as Residências. Nessa pesquisa, a autora relata a dificuldade de clareza sobre o papel de cada um na intenção de atender às propostas da Residência, apontando para a necessidade de Educação Permanente dos atores envolvidos. A

autora não delimita quais são as ‘propostas da Residência’, se as de um determinado projeto pedagógico ou de documentos oficiais.

Considerações finais

A regulamentação da atividade de tutoria no Brasil, através dos programas governamentais, demonstra o tutor/a como ator reconhecido em diversos contextos de formação em saúde, principalmente no papel de mediação com os campos de prática e a supervisão ou preceptoria.

De acordo com os textos analisados, a atividade de tutoria difere de acordo com a experiência de cada Programa, a partir da construção das realidades possíveis. Percebemos diversas funções e inserções, dentre estas, identificamos como principais: a de orientação da prática, a partir da inserção no campo ou em local externo, e a tutoria de atividades teóricas. Há também a reafirmação do lugar participativo na construção dos programas e políticas para as Residências em Saúde e da necessidade de formação permanente para atuação como tutor/a. Além disso, confirmamos a mudança do papel do tutor/a e a confusão criada com a legislação citada anteriormente. Não encontramos textos que descrevam a relação do/a tutor/a com os outros atores.

Ser residente/preceptor/tutor/a ou estar inserido no contexto de formação para atuar no SUS apresenta-se como algo ainda em construção e que demanda contínuas discussões. O tutor/a nas Residências em Saúde mostra-se como uma figura que toma corpo no período atual de expansão destes programas de formação e pela característica de ligação com as Instituições de Ensino. No decorrer do tempo de existência do conceito e da prática das tutorias, percebem-se também mudanças na configuração de sua função, por exemplo, a de um apoiador técnico para aquela com um viés mais pedagógico.

Apesar da tentativa de busca em diferentes fontes, constatamos que pouco se escreve sobre a tutoria e menos ainda sobre o ser/fazer tutoria. Por outro lado, não poderíamos dizer que a tutoria se constitui a partir daquilo que os documentos oficiais dizem sobre ser tutor/a, pois mostra-se necessário, cada vez mais, explorar e estudar a realidade dos programas para que se possa descrever quem são os tutores/as e o que fazem no contexto da formação em serviço.

O papel do tutor/a e o modo como trabalha podem variar nas múltiplas configurações dos Programas de Residência Multiprofissional no Brasil. Pouco destas diferentes realidades foram apresentadas nesta revisão, mas outro tanto se apresenta no dia a dia do nosso trabalho como preceptora e tutora e em espaços e encontros relacionados às Residências Multiprofissionais no Brasil e poderiam/deveriam ser explorados. O contato com estas vivências de tutoria no contexto atual fica como proposta de aprofundamento para este tema.

Referências

ALPIZAR CABALLERO, L. B.; ANORGA MORALES, J. La actividad del tutor de la educación médica desde los principios de la educación avanzada. **Rev. Cub. Med. Mil.**, Ciudad de la Habana, v. 43, n. 2, p. 237-248, jun. 2014.

ALVAREZ SANCHEZ, J. A. et al. El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la comunidad de Madrid: análisis e interpretación mediante grupos focales. **Educ. med.**, Barcelona, v. 6, n. 2, p. 44-55, jun. 2003.

ALVES DA SILVA Q. T.; CABALLERO, R. M. S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-74.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2005b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005**. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2005c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 5.800, de 08 de junho de 2006**. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 414 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. **Referenciais de qualidade para a educação superior a distância.** Brasília: Ministério da Educação, 2007. 31 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 976, de 27 de julho de 2010.** Brasília: Ministério da Educação, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n° 421, de 3 de março de 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 1-5. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2013a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 17, de 31 de julho de 2013.** Ministério da Educação, 2013b.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório Programas CNRMS**. Brasília, 2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

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

CECCIM, R. B.; FERLA, A. Ao. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

COSTA, M. L. F.; KNUPPEL, M. A. C. As representações sociais do trabalho do tutor presencial: limites e possibilidades. **Educ. rev.**, Curitiba, n. esp. 4, p. 191-209, 2014.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, jun. 2004.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde:** as residências no país das maravilhas. 2013. 161 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013.

DIERCKS, M. S. et al. O Currículo Integrado como Estratégia de Formação Teórica em Atenção Primária à Saúde para Residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 173-189.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 200f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, A. P., CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio do século XXI:** o dicionário de língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-33.

GONCALVES, M.C. N.; BELLODI, P. L. Ser mentor em medicina: uma visão arquetípica das motivações e transformações na jornada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 501 514, jun. 2012.

HAUBRICH, P. L. G. **Intensões entre Tensões:** a descentralização da Residência Integrada em Saúde. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

HOUAISS. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Moderna, 2008.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores da saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**: uma cartografia da dimensão política. Londrina, Paraná, 2010. 117p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, 2010.

MARTINS, A. R. et al. **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-89.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MOLERIO SAEZ, L. E.; TORRES PEREZ, J. A. Metodología para el perfeccionamiento de los tutores de formación de los estudiantes de pregrado. **Rev. EDUMECENTRO**, Santa Clara, v. 5, n. 2, p. 103-115, ago. 2013. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v5n2/edu11213.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. S. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 123-140.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde:** saberes & fazeres na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-114.

PASINI, V. L. **Residência multiprofissional em saúde:** de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. 2010. 155 f. Tese (Doutorado) Curso de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PONCE ROSAS, E. R. et al. Formación de investigadores en medicina familiar: El modelo de tutorización en investigación Asesor-Tutor-Residente (ATR). **Educ. med.**, Barcelona, v. 6, n. 2, p. 25-30, jun. 2003.

ROCHA, P. F.; WARMLING, C. M.; TOASSI, R. F. C. Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária. **Revista saberes plurais: educação na saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 96-112, 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SOUZA, A. C. **Pontilhando aprendizagens:** função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes. 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SOUZA, C. S. M. **Residência Mutiprofissional em Saúde do Amazonas:** a perspectiva do Núcleo Estruturante. 2012. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

VILASBÔAS, A. L. Q. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-57.

VIVAS BOMBINO, L. et al. La tutoría de los alumnos de sexto año de medicina en la sede universitaria municipal pinareña. Breve enfoque de un gran problema. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 17, n. 5, p. 879-886, mayo 2013. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n5/san20175.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

Pesquisas

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

ORAL HEALTH IN FAMILY HEALTH STRATEGY: BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF KNOWLEDGE PRODUCTION

SALUD BUCAL EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: ANALISIS BIBLIOMÉTRICA DE LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO

Cristina Comiotto[1]

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]

Resumo

Políticas públicas de saúde e educação promoveram mudanças nos currículos da graduação em saúde no Brasil, possibilitando a integração do ensino com o Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos cenários de prática para o ensino na saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A inclusão da equipe de saúde bucal na ESF e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal viabilizou que cuidados de saúde bucal integrassem as ações da Atenção Primária à Saúde. Esta pesquisa propôs-se a realizar uma análise bibliométrica sobre a inserção da saúde bucal na ESF. A busca incluiu artigos publicados entre 2010 e 2016, em português e inglês, nas bases de dados Scopus e BVS. Foram utilizados para a busca descritores controlados e combinados: saúde bucal / Estratégia Saúde da Família/ Oral Health/Family Health Strategy/ Odontologia/ Dentistry. Foram analisados 52 artigos. O número de artigos publicados variou de três em 2016 a 11 em 2014. Metade dos artigos tinham de dois a quatro autores, sendo os primeiros autores vinculados a Universidades Públicas (67,3%). Apenas três artigos mencionaram ter fonte de financiamento. Quanto ao local de realização das pesquisas, as regiões Nordeste (40,4%) e Sudeste (32,7%) foram as mais frequentes. Os artigos foram publicados em 24 diferentes periódicos (23 nacionais), sendo 71,2% voltados a assuntos da Saúde Pública e 21,2% da Odontologia. O dentista foi o participante de pesquisa mais citado nos artigos. Os estudos epidemiológicos (38,5%), seguidos pelos estudos de abordagem qualitativa (32,7%) e revisões de literatura (13,5%) foram os mais observados. A análise de conteúdo foi o método de 64,6% dos artigos qualitativos e nos estudos epidemiológicos, análises estatísticas foram realizadas. A temática ‘saúde bucal na ESF’ deve estar na agenda dos pesquisadores da Saúde Coletiva e dos gestores públicos buscando a qualificação da atenção à saúde da população brasileira.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; bibliometria.

[1] Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: cris.comiotto1992@hotmail.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, RS. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Abstract
Health and education public policies have promoted changes in undergraduate health curriculum in Brazil, enabling the integration of education with the Unified Health System (SUS). One of the practice scenarios for health education is the Family Health Strategy (ESF). The inclusion of the oral health team in the ESF and the implementation of the National Oral Health Policy enabled oral health care to integrate the actions of Primary Health Care. This research aimed to perform a bibliometric analysis on the insertion of oral health in the ESF. The search included articles published between 2010 and 2016, in Portuguese and English, in the Scopus and BVS databases. The following controlled and combined descriptors were used in these arches: Saúde Bucal / Estratégia de Saúde da Família/ Oral Health/ Family Health Strategy/Odontologia/Dentistry. A total of 52 articles were analyzed. The number of articles published ranged from three in 2016 to eleven in 2014. Half of the articles had two to four authors, the first authors being linked to Public Universities (67.3%). Only three articles acknowledge their funding sources. The reported studied were performed in northeastern (40.4%) and south eastern (32.7%) Brazil. The articles were published in 24 different journals (23 national), with 71.2% in the Public Health field and 21.2% in Dentistry. The dentist was the most cited research participant in the articles. Epidemiological studies (38.5%), followed by qualitative approach studies (32.7%) and literature reviews (13.5%) were the most observed. The content analysis was used the method of 64.6% of qualitative articles and in epidemiological studies, statistical analyzes were performed. The theme 'oral health in the ESF should be on the agenda of researchers of Public Health and public managers seeking the health care qualification of the brazilian population.
Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Unified Health System; bibliometrics.

Resumen
Las políticas públicas de salud y educación han hecho cambios en los currículos de la graduación en salud en Brasil, permitiendo la integración de la enseñanza con el Sistema Único de Salud (SUS). Uno de los escenarios prácticos para la educación en salud es la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). La inclusión del equipo de salud oral en la ESF y la aplicación de la Política Nacional de Salud Bucal que permitió a la salud oral integrar las acciones de Atención Primaria de Salud. Esta investigación ha propuesto un análisis bibliométrica acerca de la inserción de la salud bucal en la ESF. Esta búsqueda incluyó artículos publicados entre los años de 2010 y 2016, en portugués e inglés, a partir de los datos de Scopus y BVS. Se han utilizados a la búsqueda descriptores controlados y combinados: salud bucal / Estratégia Saúde da Família/ Oral Health/ Family Health Strategy/ Odontologia/ Dentistry. Se ha revisado 52 artículos. El número de los artículos publicados varió de tres en 2016 a 11 en 2014. La mitad de los artículos han sido escritos por dos a cuatro autores, además, los primeros autores estaban vinculados a universidades públicas (67,3%). Solamente tres artículos mencionaban una fuente de financiación. En relación a la ubicación de las investigaciones, las regiones Nordeste (40,4%) y Sudeste (32,7%) han sido las más frecuentes. Los artículos han sido publicados en 24 distintos periódicos (23 nacionales), 71,2% en el área de Salud Colectiva y 21,2% en de la Odontología. El odontólogo fue el participante de investigación más citado en los artículos. Los estudios epidemiológicos (38,5%), seguidos por los estudios de abordaje cualitativa (32,7%) y revisiones de la literatura (13,5%) han sido observados. El análisis del contenido fue el método de 64,6% de los artículos cualitativos y en los estudios epidemiológicos, análisis estadísticos fueron realizadas. La temática ‘equipo de salud bucal en la ESF’ debe estar en la agenda de los investigadores de Salud Colectiva y de los gestores públicos en la búsqueda de la calificación de lo cuidado de la salud de la población brasileña.
Palabras clave: Estatregias Salud de la Familia; Atención Primaria de la Salud; Sistema Único de Salud; bibliometria.

Introdução

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, formando uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada. Está organizado em princípios e diretrizes como a universalização, descentralização, cuidado integral e participação social (BRASIL, 1988).

No processo de consolidação do SUS, a Atenção Básica assumiu a organização da atenção à saúde e a garantia do acesso aos serviços à população, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015; 2001). Representa um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Propõe-se a desenvolver uma atenção integral que possa impactar individualmente na situação de saúde e autonomia das pessoas e coletivamente nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2015).

A Saúde da Família, nesse contexto, é a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica, enfatizando conceitos como acolhimento e vínculo na busca por maior equidade e universalidade à saúde (COSTA et al., 2009; BRASIL, 2006). É um modelo de atenção à saúde capaz de promover mudanças tanto no processo de trabalho da equipe multiprofissional que a constitui quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa dos profissionais (BRASIL, 2006).

A inclusão da equipe de saúde bucal na Saúde da Família não aconteceu de forma concomitante ao início do então 'programa' e sim, tardiamente, ganhando destaque quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1444/2000 (BRASIL, 2000), estabeleceu um incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas foi somente em 2001, com a Portaria 267, que a saúde bucal foi incluída na Estratégia (BRASIL, 2001).

A presença da equipe de saúde bucal na ESF tem potencial para o trabalho multiprofissional voltado à integralidade do cuidado, por meio da visão do indivíduo como todo e não dividindo o usuário em partes separadas de um organismo (BOARETO, 2011). Como parte componente e estruturante da equipe da ESF, a saúde bucal busca interferir em todas as possibilidades de enfrentar as situações da população, avaliando elementos biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde-doença e desenvolvendo ações intersetoriais que façam a defesa da vida e da cidadania (MANFEDRINI, 2006).

Em 2004, quando o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente – propondo-se à melhoria da atenção à saúde dos brasileiros, a ESF foi incorporada como um de seus pressupostos, reforçando seu papel na reorganização da Atenção Básica, ampliando-a e qualificando-a (BRASIL, 2004).

Essas mudanças nas políticas de saúde aliadas a transformações no ensino da Odontologia a partir do estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002) e de currículos

integrados ao SUS, trouxeram para a discussão acadêmica o tema da atuação da equipe de saúde bucal na ESF, o qual tem sido objeto de estudos com diferentes objetivos, metodologias e protagonistas. Melhorias foram observadas em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal (PEREIRA et al., 2012; EMMI; BARROSO, 2008; LOURENÇO et al., 2009), à proximidade da Unidade a residência do usuário e à presença do agente comunitário de saúde, mas também desafios quanto à ênfase nas ações de caráter curativo, baixa resolutividade, demanda excessiva, falta de capacitação das ESB, precarização das relações de trabalho e a falta de envolvimento entre a ESB e a da ESF (LOURENÇO et al., 2009; ANDRADE; FERREIRA, 2006; SOARES; REIS; FREIRE, 2013).

Passados mais de 10 anos da publicação da Portaria 267/2001 e da PNSB e entendendo que as práticas de saúde devem ser baseadas e avaliadas pelo conhecimento científico, a presente pesquisa propôs-se a analisar a produção científica sobre a inserção da saúde bucal na ESF, no período de 2010 a 2016.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de análise bibliométrica sobre a inserção da saúde bucal na ESF realizada nas bases de dados Scopus (<http://www.scopus.com>) e BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br>), por meio do Portal de periódicos da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (<http://www.periodicos.capes.gov.br>). A opção pela base Scopus justificou-se por conter a informação referente ao número de citações por artigo e a BVS por conter um número significativo de artigos realizados no Brasil, incluindo as fontes de informação LILACS –Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, IBECS – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde, MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e SciELO – Scientific Electronic Library Online.

Foram utilizados para a busca os descritores controlados pelo DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>): saúde bucal / Estratégia Saúde da Família/ Oral Health/ Family Health Strategy/ Odontologia/ Dentistry. Esses descritores foram combinados e acrescidos do operador boleano *"AND"*. Para a realização da busca, as seguintes combinações foram utilizadas:

Combinação 1: Odontologia AND Estratégia Saúde da Família

Combinação 2: Saúde Bucal AND Estratégia Saúde da Família

Combinação 3: Dentistry AND Family Health Strategy

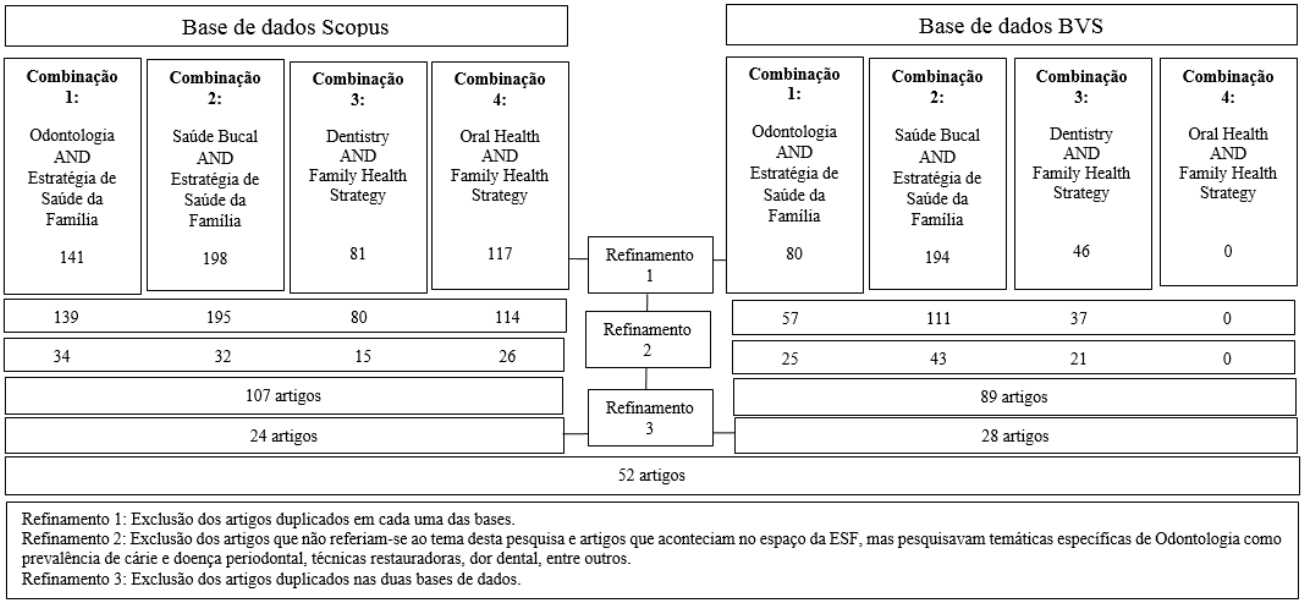
Combinação 4: Oral Health AND Family Health Strategy

No campo de pesquisa deveria constar todos os campos, sendo refinado para selecionar apenas artigos e revisões de literatura. Foram excluídos da seleção, teses, monografias e editoriais. O período de tempo definido para a busca foi de 2010 a 2016, para que análise seja de recentes

publicações da comunidade científica. Os artigos deveriam tratar de pesquisas realizadas no Brasil e ter sido publicados em português ou inglês envolvendo a temática estudada 'inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família'.

Foram identificados 537 trabalhos na base de dados Scopus e 320 na BVS (n=857). Após as exclusões (artigos de bases duplicadas, artigos que não se referiam ao tema proposto e artigos que aconteciam na ESF, mas pesquisavam temáticas específicas da Odontologia como prevalência de doença cárie e doença periodontal, técnicas restauradoras, dor dental, perda dentária, entre outros), foram lidos na íntegra e analisados 52 artigos (Scopus = 24 artigos e BVS = 28 artigos) (Figura 1).

Figura 1 – Sistematização do processo de seleção dos artigos.



Os artigos lidos na íntegra foram classificados de acordo com variáveis relacionadas ao perfil das publicações quanto ao ano de publicação, número de autores, vínculo institucional do primeiro autor e vínculo do primeiro autor com Pós-graduação, existência de fonte de financiamento, local de realização do estudo, periódico de publicação/assunto do periódico/Qualis CAPES, delineamento do estudo, técnica de coleta de dados, método de análise dos dados, objetivo do estudo e citações Scopus.

Os assuntos dos periódicos foram pesquisados no Portal de Revistas da BVS (<http://portal.revistas.bvs.br/>) e o Qualis CAPES utilizado foi o relativo ao ano de 2015, pesquisado na plataforma Sucupira (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>), levando em consideração a área do periódico em que o artigo havia sido publicado. O número de citações foi observado a partir da base de dados Scopus, a qual apresenta a informação sobre o número de citações dos artigos.

Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e percentuais (análise estatística descritiva). Foi utilizado o programa *Microsoft Excel* versão 2010 para a construção de planilha eletrônica e cálculo de frequências.

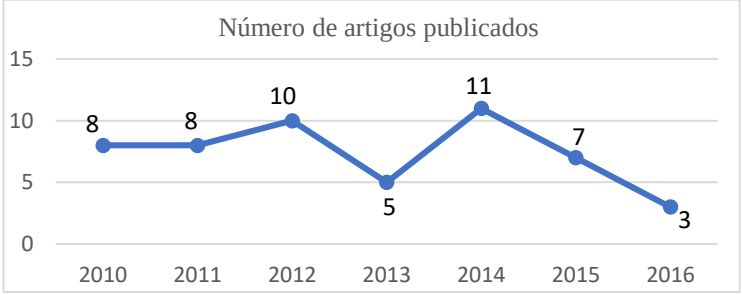
Resultados

Foram analisados 52 artigos publicados entre 2010 e 2016 voltados à inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família nas bases de dados Scopus e BVS (ELY et al., 2016; MAGRI et al., 2016; MOIMAZ, 2016; AQUILANTE; ACIOLE, 2015a; AQUILANTE; ACIOLE, 2015b; CORREA; CELESTE, 2015; PINHO et al., 2015; REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015; SÁ et al., 2015; SANTOS et al., 2015, AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2014; BULGARELI et al., 2014; MATTOS et al., 2014a; MATTOS et al., 2014b; PADULA; AGUILAR-DA-SILVA, 2014; PALACIO et al., 2014; PEREIRA et al., 2014; PIMENTEL et al., 2014; SANCHEZ; BRAGA, 2014; SILVEIRA et al., 2014; SOARES; REIS; FREIRE, 2014; BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013; MOURA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2013; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; SOARES; REIS; FREIRE, 2013; CAVALCANTI et al., 2012; CHAVES; CRUZ, 2012; GONÇALVES et al., 2012, MATSUMOTO et al., 2012; PEREIRA et al., 2012; PIMENTEL et al., 2012; SILVA; GOMES FILHO, 2012; SOARES, 2012; SOARES et al., 2012; VIANA; MARTELLI; PIMENTEL, 2012; ANJOS et al., 2011; BALDANI; ANTUNES, 2011; CUNHA et al., 2011; FARIAS; SAMPAIO, 2011; MARRA; ARCIEIRI, 2011; RODRIGUES et al., 2011; SILVA et al., 2011; SOARES et al., 2011; ALMEIDA et al., 2010; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; FARIAS; SAMPAIO, 2010; GONÇALVES; RAMOS, 2010; LENZI et al., 2010; MARTELLI et al., 2010; MUNKEVICZ; PELICIONI, 2010; PIMENTEL et al., 2010).

Distribuição dos artigos por ano de publicação

O número de artigos publicados sobre a temática da pesquisa no período estudado variou de três em 2016 a 11 em 2014 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de artigos analisados por ano de publicação, 2010-2016.

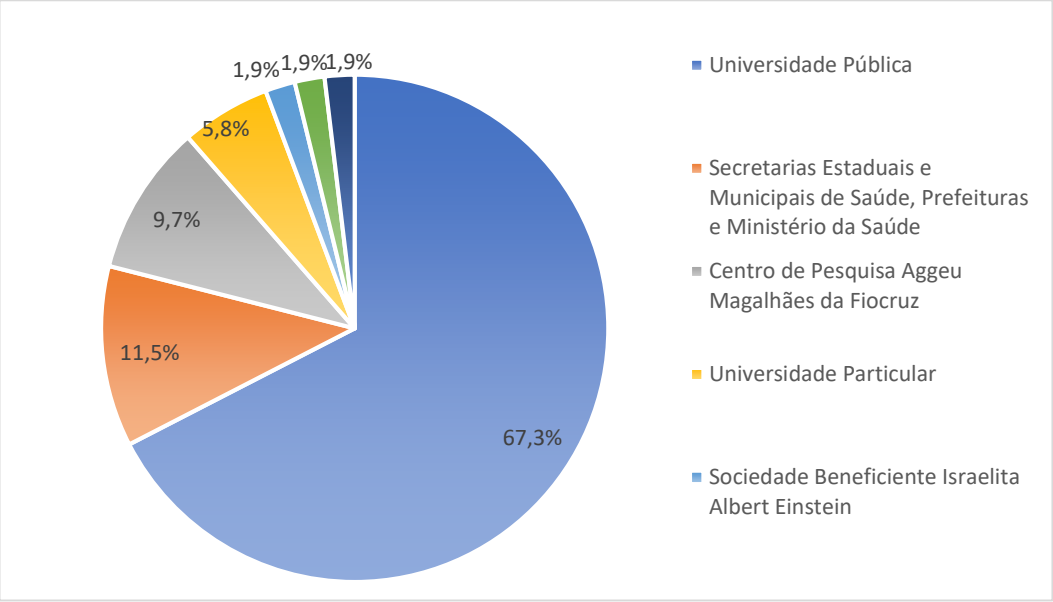


Sobre autores: número por artigo e vínculo do primeiro autor

Os 52 artigos analisados foram escritos por 212 autores. O número de autores variou de um a oito, com uma média de quatro autores por artigo. A maioria dos artigos apresentou entre dois e quatro autores (50%). Cinco autores foram observados em 28,8% dos artigos estudados e sete autores em 7,6% destes. Apenas um artigo (1,9%) teve a autoria de um único autor.

Quanto à filiação do primeiro autor, o vínculo acadêmico com universidade pública apareceu em 35 (67,3%) dos 52 artigos analisados. Destaca-se que em seis artigos (11,5%), os primeiros autores apresentaram vínculo de trabalho com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Prefeituras e Ministério da Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos artigos analisados segundo o vínculo do primeiro autor.



Dos 52 artigos, nove (17,3%) apresentaram o vínculo do primeiro autor com Programas de Pós-Graduação, sendo três doutorandos, três mestrandos, um ligado à Residência Integrada à Saúde da Família, um ligado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Clínica e um relatando ser ligado a um Programa de Pós-graduação, mas sem especificar o vínculo e nem o programa.

Fonte de financiamento das pesquisas

Apenas três artigos dos 52 artigos estudados mencionaram a fonte de financiamento, sendo citadas a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico, a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado do Pernambuco e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico.

Os artigos financiados pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico tinham o primeiro autor vinculado a uma Universidade Pública e aquele financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado do Pernambuco tinha como primeiro autor um pesquisador do Centro de pesquisas Aggeu Magalhaes, Fiocruz.

Local de realização das pesquisas

Dos 52 artigos analisados, doze (23%) não possuíram local específico de realização do estudo (revisões de literatura, revisão de literatura com análise documental, análise documental e ecológico). Dos 40 artigos analisados que descreviam local de realização do estudo, todos foram realizados no Brasil, sendo 40,4% na região Nordeste, 32,7% na região Sudeste, 17,3% na região Sul e 9,6% na região Centro-Oeste. Os estados mais frequentes das pesquisas foram São Paulo, Pernambuco, Minas Gerais e Bahia.

Periódico de publicação/ Assunto/ Qualis Capes

Os artigos analisados foram publicados especialmente em periódicos cujos assuntos relacionavam-se à Saúde Pública (71,2%) e Odontologia (21,2%). Os periódicos vinculados à Medicina I estiveram presentes em 3,8% dos artigos, à Enfermagem em 1,9% e às Ciências Biológicas I em 1,9%.

Tais artigos foram publicados em 24 diferentes periódicos, sendo os mais citados a Ciência & Saúde Coletiva (25%), Cadernos de Saúde Pública (11,5%), Revista Baiana de Saúde Pública (7,6%), Revista Gaúcha de Odontologia (5,8%), Revista de APS (5,8%), Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (3,8%) e Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (3,8%). Desses periódicos, 23 são nacionais e um internacional (International Dental Journal, publicação oficial da FDI - World Dental Federation).

Todos os 24 periódicos tinham classificação Qualis CAPES, sendo dois Qualis A (A2 para Saúde Coletiva e A2 para Odontologia), 22 Qualis B (para a área de Saúde Coletiva: três periódicos B1, um B2, oito B3; para área da Odontologia: um B1, três B3 e dois B4; para área da Medicina: um B4 e um B5, para área da Enfermagem: um B2 e para área das Ciências Biológicas: um B5).

População estudada

Dos 52 artigos analisados, 61,5% pesquisaram pessoas, os demais pesquisaram dados secundários, base de dados, documentos e editais de concurso. Em relação aos artigos que envolviam pessoas como participantes de pesquisa, 14 (43,8%) estudaram diferentes profissionais da saúde no

mesmo estudo. Os profissionais mais citados foram dentistas (n=9), gestores (n=6), auxiliares ou técnicos de saúde bucal (n=5), enfermeiros (n=5), médicos (n=4), agentes comunitários de saúde (n=3), auxiliares ou técnicos de enfermagem (n=3), Unidade de Saúde sem especificação dos profissionais (n=2) e prefeitos (n=1). Em nove artigos (28,1%), a figura do dentista foi selecionada como a população exclusiva dos estudos e em nove artigos (28,1%), somente os usuários.

Delineamento das pesquisas

Quanto ao delineamento das pesquisas analisadas, 38,5% eram estudos epidemiológicos, 32,7% foram classificadas como sendo de abordagem qualitativa, 13,5% revisões de literatura, 5,8%

análises documentais, 3,8% estudos quantiqualitativos, 1,9% revisão bibliográfica com análise documental, 1,9% revisão de literatura com dados secundários e um artigo (1,9%) não apresentava esta informação.

Dos estudos qualitativos, oito foram classificados simplesmente como ‘estudos qualitativos’, três como ‘exploratórios’, três ‘estudos de caso’, um ‘estudo crítico-analítico’, um ‘descritivo’ e uma ‘pesquisa-intervenção’.

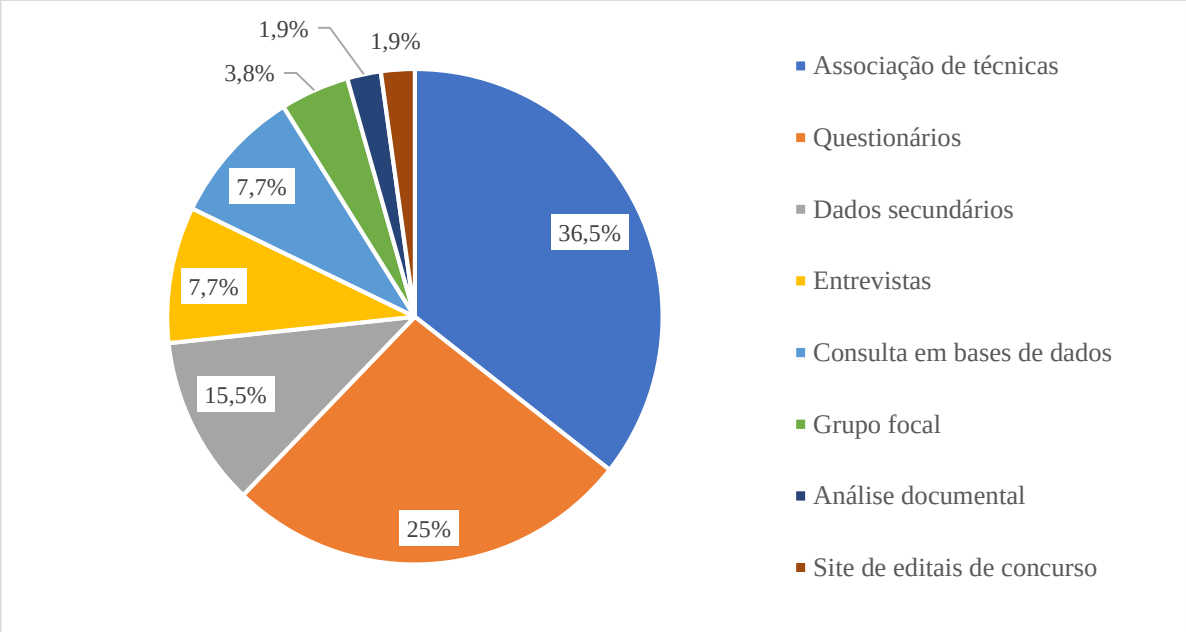
Já os estudos epidemiológicos apresentaram ampla variabilidade de delineamentos, sendo classificados nos artigos como ‘transversal’, ‘descritivo’, ‘descritivo transversal’, ‘descritivo transversal observacional’, ‘descritivo exploratório’, ‘ecológico’, ‘ecológico longitudinal’, ‘ecológico retrospectivo’, ‘ecológico descritivo temporal’, ‘ecológico descritivo exploratório’, ‘transversal de base populacional’, ‘transversal observacional’, ‘transversal amostral avaliativo’ e ‘abordagem indutiva com análise da documentação indireta’.

Técnica de coleta de dados

As técnicas de coleta de dados mais frequentes nos artigos analisados foram a associação de técnicas (36,5%), seguido pela aplicação de questionários (25%), consulta em dados secundários (15,5%), entrevistas (7,7%) e consulta em base de dados (7,7%) (Gráfico 3).

A associação de técnicas foi utilizada em nove artigos qualitativos (observação, entrevistas, grupo focal, diário de campo e discussão de casos), quatro revisões de literatura, quatro estudos epidemiológicos, uma análise documental e um quantiqualitativo. Já os questionários foram mais frequentes em estudos epidemiológicos (n=9) do que em qualitativos (n=2) ou nos quantiqualitativos (n=1).

Gráfico 3 – Técnicas de coleta de dados utilizadas nos artigos analisados.



Método de análise dos dados

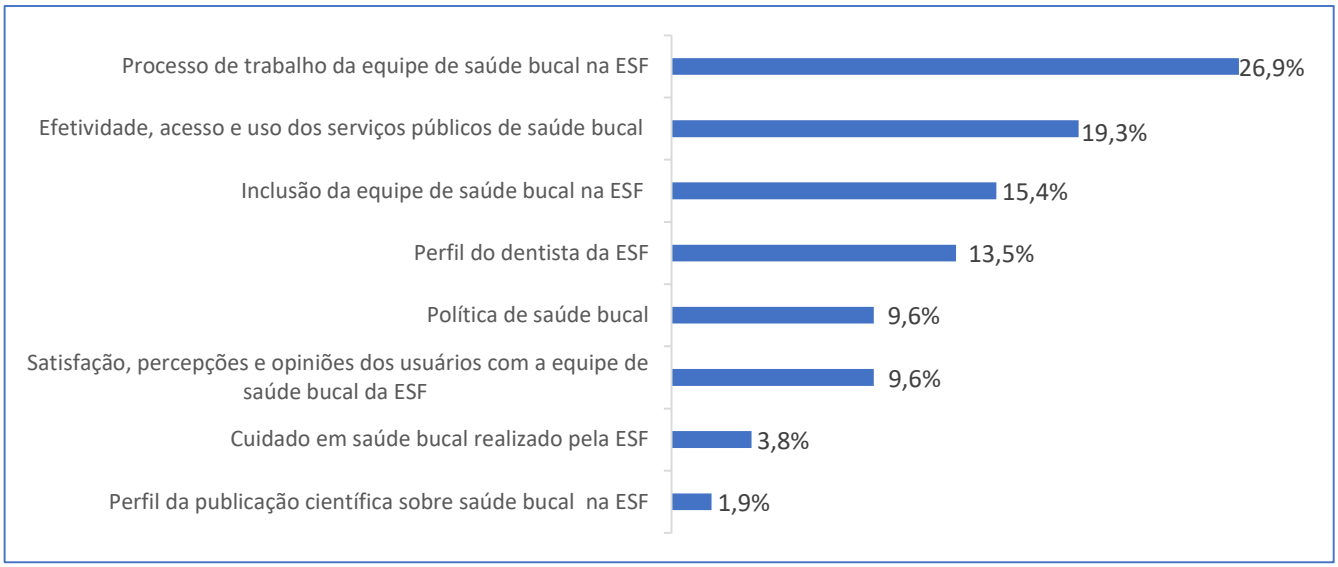
Nos 17 artigos cujas pesquisas tinham abordagem qualitativa, os métodos mais relatados para a análise dos dados foram a análise de conteúdo (64,6%), análise de discurso (5,9%), análise institucional (5,9%), análise dialética (5,9%), análise exploratória (5,9%), método de interpretação dos sentidos (5,9%) e discurso do sujeito coletivo (5,9%). Já nos estudos epidemiológicos, análises estatísticas foram utilizadas.

Dos dois artigos com abordagem quantiqualitativa, um empregou o método interpretação dos sentidos para a análise dos dados qualitativos e fez análises estatísticas com os dados quantitativos. O segundo não citou como foi feita a análise dos dados qualitativos, mencionando na metodologia apenas a análise estatística dos dados.

Recortes temáticos das pesquisas

A partir da análise dos objetivos das pesquisas, as mesmas foram classificadas por temáticas (Gráfico 4). Os temas mais recorrentes referiram-se ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal na ESF (26,9%), efetividade, acesso e uso dos serviços públicos de saúde bucal (19,3%), inclusão da equipe de saúde bucal na ESF (15,4%) e perfil do dentista da ESF (13,5%).

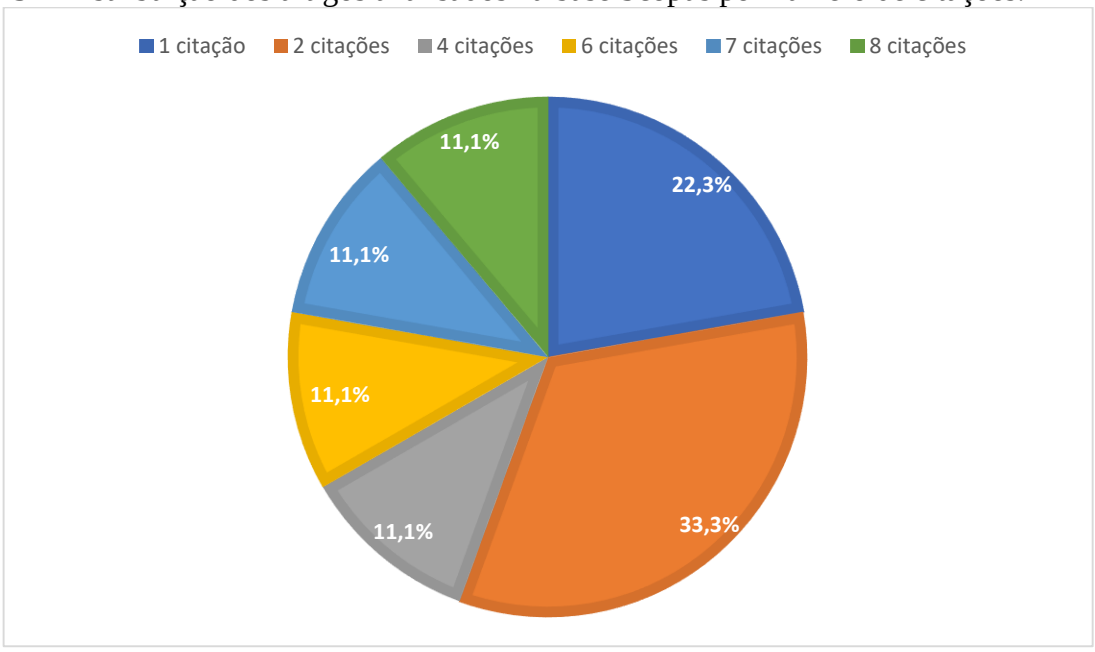
Gráfico 4 – Distribuição dos artigos analisados por temáticas.



Número de citações dos artigos

Dos 24 artigos que se encontravam na base de dados Scopus, 9 (37,5%) apresentaram citações. Essas citações variaram de um a oito, sendo que 55,6% dos artigos que tiveram de uma a duas citações (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição dos artigos analisados na base Scopus por número de citações.



Os dois artigos mais citados se tratavam de estudos epidemiológicos. O primeiro (oito citações) referia-se a um estudo de delineamento observacional transversal de base populacional e tinha o objetivo de analisar impacto da implementação da equipe de saúde bucal da ESF em

municípios do Nordeste. O segundo (sete citações) era um estudo transversal que se propôs a investigar a presença de desigualdades no acesso e uso de serviços odontológicos. Ambos os artigos foram publicados no periódico Cadernos de Saúde Pública, cujo assunto é Saúde Pública e o Qualis é A2. O terceiro artigo com maior número de citações (seis citações) foi um estudo de revisão de literatura cujo objetivo era analisar se a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção e foi publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva (Qualis B1).

Entre os estudos qualitativos, o número de citações variou de zero a quatro. O estudo com quatro citações foi publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva (Qualis B1) e tinha o objetivo de discutir a inclusão da saúde bucal na ESF sobre a perspectiva dos recursos humanos.

Discussão

A bibliometria consiste em estudar o comportamento das publicações, mensurando informações e traçando tendências voltadas ao desenvolvimento da sociedade, da ciência e das áreas científicas. Os métodos métricos permitem, desse modo, o conhecimento coletivo dos saberes que são construídos pelo homem (BUFREM; PRATES, 2005). Com o intuito de verificar a característica e o conteúdo dos artigos publicados, este estudo caracterizou-se como uma análise bibliométrica da produção científica da temática 'inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família', no período de 2010 a 2016.

A literatura tem mostrado uma tendência de crescimento do número de publicações no campo da Saúde Coletiva no Brasil, desde a década passada. Entre 2001 e 2004 foram publicados mais de 4.500 artigos de Saúde Coletiva em 1.354 periódicos, sendo as quatro revistas mais observadas nessas publicações, a Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia (BARROS, 2006).

Em se tratando da temática estudada, os resultados desta análise bibliométrica identificaram um número discreto de artigos publicados entre 2010 e 2016, nas bases Scopus e BVS (n=52), variando de 11 em 2014 a três em 2016. Estudo de Viero (2015) sobre a produção científica em relação à saúde bucal na ESF, na base da BVS, de 2010 a 2014, da mesma forma, não confirmou essa tendência de aumento da produção científica observada para a Saúde Coletiva.

Em relação ao número de autores por artigo, encontrou-se nesses 52 artigos analisados um total de 212 autores e uma média de quatro autores por artigo (50% dos artigos apresentaram entre dois e quatro autores, 28,8% cinco autores e 7,6% sete autores). Estudo de Camargo Júnior e Coeli (2012) analisando o número de autores por artigo em revistas científicas brasileiras de Saúde Coletiva entre 1999 e 2010, mostrou um aumento do número de autores por artigo e da quantidade de artigos com mais de quatro autores, o que também foi observado no presente estudo. Esse aumento na

quantidade de autores que escreveram sobre o tema investigado, destacando-se um número grande de autores por artigo, poderia sugerir um maior interesse no assunto pela área.

Quanto ao vínculo do primeiro autor, 67,3% dos artigos selecionados tinham primeiros autores vinculados a universidades públicas brasileiras, sendo a maior parte dos estudos realizados nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Resultado semelhante foi encontrado no estudo sobre o perfil das publicações em relação à saúde bucal na ESF, entre 2001 e 2008, realizado por Soares et al. (2011), nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BBO – Biblioteca Brasileira de Odontologia, e resumos publicados em eventos científicos. Os achados do estudo mostraram que 48,5% dos autores dos artigos analisados estavam ligados a instituições de ensino público, sendo o Nordeste a região que mais contribuiu numericamente com trabalhos, em especial os estados de Pernambuco e Bahia e em segundo lugar ficou a região Sudeste, com destaque para São Paulo. Esses mesmos estados – São Paulo, Pernambuco, Minas Gerais e Bahia – também foram os mais observados neste estudo.

Outro aspecto a ser destacado trata do financiamento dos artigos analisados. Apenas três das 52 publicações mencionaram fonte de financiamento, sugerindo que as demais pesquisas não apresentavam financiamento para sua realização. Estudo descritivo de Cuenca et al. (2011), analisando 1.529 publicações em 22 títulos de revistas científicas brasileiras em saúde pública sobre os termos ‘saúde pública’ e ‘epidemiologia’ na base LILACS, em 2008, identificou que 24,2% das pesquisas havia descrito instituição ou agência de fomento, valor maior do que o encontrado nesta pesquisa.

Os artigos analisados foram, majoritariamente, publicados em periódicos de assuntos voltados à Saúde Pública (71,2%) e Odontologia (21,2%). As revistas com maior número de publicações foram a Ciência & Saúde Coletiva, seguida por Cadernos de Saúde Pública. Revisão de literatura que investigou o perfil das publicações científicas sobre a saúde bucal na ESF desde a sua implantação (2011) também encontrou como mais frequentes artigos publicados nos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva. Da mesma forma, estudo de Celeste e Warmling (2014) que comparou a produção bibliográfica da saúde bucal coletiva em oito periódicos na Saúde Coletiva e 10 na Odontologia, de 1947 a 2013, na base de resumos e citações Scopus (n=887), verificou que das revistas classificadas como saúde coletiva, o periódico que apresentou o maior número de artigos por ano foi a Ciência & Saúde Coletiva, seguida por Cadernos de Saúde Pública e Revista Brasileira de Epidemiologia.

Um aspecto positivo a ser destacado nos resultados encontrados referiu-se ao fato de que 43,8% dos artigos que envolviam pesquisas empíricas com pessoas sobre a inserção da saúde bucal na ESF estudaram diferentes profissionais da saúde no mesmo estudo, ou seja, não pesquisaram somente dentistas, mas também gestores, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, enfermeiros,

médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, a equipe como um todo (sem especificar quais profissionais) e usuários. Pode-se associar este resultado ao fato de que o dentista na Saúde da Família trabalha integrado tanto à equipe de saúde bucal quanto a toda equipe de profissionais da saúde que atuam na ESF. Macau (2008) defende a necessidade crescente do trabalho em equipe de saúde, especialmente pela equipe multiprofissional da ESF, cujo objetivo é de ter uma equipe com diferentes profissionais que trabalhem de forma articulada, inseridos num cotidiano de território com demandas sociais.

Quanto ao delineamento metodológico dos artigos pesquisados, foi verificado um número maior de estudos epidemiológicos do que de abordagem qualitativa, sendo a grande maioria publicado em periódicos nacionais.

É inegável a expansão da Saúde Coletiva em suas três subáreas: epidemiologia, planejamento/gestão em serviços de saúde e ciências sociais e humanas. A subárea de ciências sociais e humanas foi a que menos teve avanços quantitativos em relação à publicação, mas uma tendência de aumento da abordagem qualitativa foi verificada por Luz e Mattos (2010), ao avaliarem qualitativamente a expansão das publicações na saúde pública a partir dos anais dos congressos de Saúde Coletiva realizados no Brasil entre 1997 e 2006.

Estudos qualitativos justificam-se no campo da Saúde Coletiva quando o objeto de pesquisa exige respostas que não se traduzem em números, sendo estruturada na experiência, na vivência, no senso comum e na ação (MINAYO, 2012). Bosi (2012) entende que o crescimento de pesquisas com abordagens qualitativas pode ser compreendido como uma resposta a certos desafios que transcendem as potencialidades do modelo tradicional, positivista em saúde, em todos os campos do saber e esferas da vida.

Neste estudo, os temas voltados ao processo de trabalho, à inclusão da equipe de saúde bucal na ESF e à satisfação, percepções e opiniões dos usuários com a equipe de saúde bucal da ESF, são temáticas potentes para pesquisas de abordagem qualitativa.

Apesar desse aumento relatado pela literatura de publicações de abordagem qualitativa, chama a atenção o fato de que os dois artigos mais citados se tratavam de estudos epidemiológicos e o terceiro era uma revisão de literatura. Isso sem contar o fato de que menos da metade dos artigos localizados na base Scopus apresentavam citações.

Para Packer (2011), os periódicos brasileiros são importantes na comunicação da pesquisa científica nacional, porém ainda tem um desempenho médio muito inferior ao obtido pelos periódicos dos países desenvolvidos, que é medido em número de citações recebidas por artigo, o que afeta a pesquisa brasileira. Neste estudo, a maior parte dos artigos encontrados foram publicados em

periódicos com classificação Qualis B, especificamente B3. Entretanto, apenas cinco periódicos tinham classificação menor que B3.

Independentemente dessa classificação é preciso considerar que a temática pesquisada é de interesse nacional, fortalecendo a PNSB e que publicações em língua portuguesa tem maior potencial para que além da comunidade científica ligada à academia, também trabalhadores do SUS possam ter acesso a tais informações.

A limitação deste estudo está na utilização de descritores específicos e controlados, os quais podem não ter refletido com precisão a temática dos artigos publicados (limitações da estratégia de busca), além da possível perda de artigos nacionais publicados em periódicos não indexados nas bases de dados consultadas.

Novas pesquisas bibliométricas sobre a temática, ampliando bases de dados, palavras-chave e período de busca, incluindo periódicos nacionais não indexados, são recomendadas.

Considerações finais

Este estudo bibliométrico sobre a inserção da saúde bucal na ESF trouxe para discussão questões relevantes para o campo da Saúde Coletiva. Mostrou que, no período de 2010 a 2016, houve uma produção discreta sobre a temática, quase que exclusiva à periódicos nacionais (assunto Saúde Pública), com no máximo 8 citações (Base de dados Scopus), cujos primeiros autores apresentavam vínculo com universidades públicas brasileiras, pouco identificados com Programas de Pós-graduação. Em sua maioria, eram pesquisas com delineamento epidemiológico ou qualitativos que não relataram fontes de financiamento, realizadas com maior frequência nas regiões Nordeste e Sudeste, tendo o dentista como o participante mais observado.

Diante da conquista representada pela inclusão da equipe de saúde bucal na ESF e da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, entende-se que a temática estudada precisa fazer parte da agenda dos pesquisadores da Saúde Coletiva e dos gestores públicos municipais, estaduais e federais, os quais devem comprometer-se em acompanhar a qualidade da saúde bucal da população brasileira a partir do contexto de avanços nas políticas públicas.

Referências

ALMEIDA, G. C. M. et al. Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho? **Cadernos de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-586, dez. 2010.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, mar. 2006.

ANJOS, F. et al. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 10, n. 3, p. 601-607, jan. 2011.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Oral health care after the National Policy on Oral Health: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015a.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, jan. 2015a.

AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. Evaluation of the degree of satisfaction of dental service users of family health units. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada,** João Pessoa, v. 14, n. 4, p. 313-324, 2014.

BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 2, p. 272-283, 2011.

BARROS, A. J. D. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe., p. 43-49, ago. 2006.

BOARETO, P. P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.** 2011. 33 f. Monografia (Especialização) – Curso de Odontologia, Universidade Federal de Minais Gerais, Campos Gerais, 2011.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 28 dez. 2000. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002**. **Brasília, 4 fev. 2002.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. **Estratégia Saúde da Família,** 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 16 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267, de 06 de março de 2001.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRUNHAUSER, A. L.; MAGRO, M. L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 24-31, abr. 2013.

BUFREM, L.; PRATES, Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 9-25, ago. 2005.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.383-391, 2014.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.; COELI, C. M. Múltipla autoria: crescimento ou bolha inflacionária? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 894-900, out. 2012.

CAVALCANTI, Y. W. et al. Oral health planning in João Pessoa municipality, Paraíba State: dental surgeons as protagonists of Basic Care. **Acta Scientiarum. Health Science,** Maringá, v. 34, n. 2, p. 221-225, set. 2012.

CELESTE, R. K.; WARMLING, C. M. Produção bibliográfica brasileira da saúde bucal coletiva em periódicos da saúde coletiva e da odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1921-32, jun. 2014.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 36, n. 3, p. 621-639, jul. 2012.

CORREA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2588-2598, dez. 2015.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

CUENCA, A. M. B. et al. Periódicos brasileiros de saúde pública – a questão do financiamento. **Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 101-110, jul./dez. 2011.

CUNHA, B. A. T. et al. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1033-1045, 2011.

ELY, H. C. et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1607-1616, maio 2016.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-41, fev. 2008.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, jun. 2010.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO,** Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 109-115, mar. 2011.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 34, n. 4, p. 745-757, out. 2010.

GONCALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 301-314, jun. 2010.

GONÇALVES, V. B. et al. Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo,** Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 201-2017, ago. 2012. 2

LENZI, T. L. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **Journal Health Science Institute,** São Paulo, v. 28, n. 2, p.121-124, 2010.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, out. 2009.

LUZ, M. T.; MATTOS, R. S. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1945-1953, jul. 2010.

MACAU, M. G. L. **Saúde Bucal Coletiva:** implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

MAGRI, L. V. et al. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 144-155, mar. 2016.

MANFREDINI, M. A. saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, A. A. **Saúde bucal coletiva:** metodologia do trabalho e práticas. São Paulo: Santos Editora, 2006. Cap. 3. p. 43-73.

MARRA, S. M. P.; ARCIERI, R. M. Análise da inclusão da odontologia nos planos municipais de saúde das cidades integrantes da gerência regional de saúde de Uberlândia-MG. **Bioscience Journal,** Uberlândia, v. 27, n. 3, p. 510-517, 2011.

MARTELLI, P. J. de L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3243-3248, out. 2010.

MATSUMOTO, S. N. et al. Features of selective examinations for dentists in Brazil. **RGO,** Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 233-239, jun. 2012.

MATTOS, G. C. M. et al. Profile of dentists in oral health team of a micro region of Minas Gerais, Brazil. **RGO**, Porto Alegre, v. 62, n. 1, p. 31-36, mar. 2014a.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014b.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3879-3887, dez. 2016.

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro**,** v. 2, n. 18, p. 417-430, 2013.

MUNKEVICZ, M. S. G.; PELICIONI, M. C. F. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 791-801, 2010.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **International Dental Journal,** Londres, v. 63, no. 5, p. 237-243, Apr. 2013.

PACKER, A. L. Os periódicos brasileiros e a comunicação da pesquisa nacional. **Revista USP [online]**, São Paulo, n. 89, p. 26-81, maio 2011. Disponível em: <http://rusp.scielo.br/pdf/rusp/n89/04.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

PADULA, M. G. C.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. **Rev. Odontol. Unesp,** Araraquara, v. 43, n. 1, p.52-60, jan. 2014.

PALACIO, D. C. et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 274-281, set. 2014.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar. 2012.

PEREIRA, I. F. et al. Evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios paraibanos. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 1, p. 44-49, jan./mar. 2014.

PIMENTEL, F. C. et al. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. **Cadernos de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 54-61, 2014.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, p.146-157, 2012.

PIMENTEL, F. C. et al. Análise da Atenção à Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, jul. 2010.

PINHO, J. R. O. et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras**.** **Revista da APCD**, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 80-85, 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n1/a13v69n1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 35, n. 3, p. 695-709, set. 2011.

SÁ, C. R. et al. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Revista de APS,** Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 92-101, jan./mar. 2015.

SANCHEZ, H. F.; BRAGA, S. C. Melhoria do acesso à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura. **Revista de APS,** Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 397-402, set. 2014.

SANTOS, M. L. M. F. et al. Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Cadernos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 163-171, jun. 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013.

SILVA, M. A.; GOMES FILHO, D. G. Percepção dos Usuários sobre a Incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada,** João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 369-376, out. 2012.

SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 211-220, jan. 2011.

SOARES, F. F. et al. Perfil da publicação científica sobre a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no período 2001-2007. **Rev. Baiana Saúde Pública,** Salvador, v. 36, n. 1, p. 238-250, 2012.

SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. **Braz. Oral Res.,** São Paulo, v. 26, no. 1, p. 94-102, 2012.

SILVEIRA, F. et al. The interaction of several fields of knowledge for the articulation of collective oral health actions: the mapping of a family health team. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4879-4888, 2014.

SOARES, E. F.; REIS, S. G. B.; FREIRE, M. C. M. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 3, n. 22, p. 483-490, 2013.

SOARES, E. F.; REIS, S. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 327-341, 2014.

SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, jul. 2011.

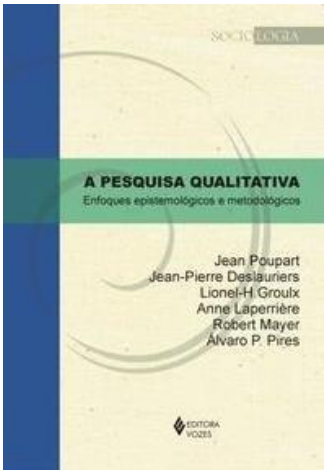
VIANA, I. B.; MARTELLI, P. J. L.; PIMENTEL, F. C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** Fortaleza, v. 25, n. 2, p.151-160, jun. 2012.

VIERO, J. C. M. **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família:** uma análise bibliométrica, 2010-2014. 2015. 37 f. Monografia (Especialização) – Curso de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2015.

RESENHAS

PESQUISA QUALITATIVA ENTRE OPÇÃO METODOLÓGICA E TEORIA EPISTEMOLÓGICA

Cristine Maria Warmling[1]



Para quem se interessa por ampliar a compreensão a respeito da diversidade dos campos e das práticas da pesquisa qualitativa, uma boa oportunidade é conhecer a mirada de autores canadenses – Poupart et al. –, que se debruçam sobre este tema de modo bastante profundo, mas muito sistemático, no livro intitulado: *A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos*.

O livro apresenta-se como um dos resultados de estudos realizados por um coletivo canadense de pesquisadores interdisciplinares de pesquisa qualitativa. Trata da natureza e do alcance da pesquisa qualitativa por meio de dois objetivos principais: delimitar a pesquisa qualitativa do ponto de vista teórico e epistemológico e revisar um conjunto de pontos que se destacam, da formulação do projeto de pesquisa às técnicas de coleta de dados, passando pela definição de amostra e de técnicas de produção e de análise de dados. A ênfase do livro situa-se na interrelação que promove entre os métodos qualitativos e as ciências sociais e humanas.

A Parte I do livro, denominada *Epistemologia e teoria*, é composta por dois capítulos com reflexões críticas dos autores sobre como a pesquisa qualitativa se situa no campo das ciências sociais. O primeiro, *Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais*, abre o livro abordando essa relação a partir da análise da questão d*o esforço de objetivação*

[1] Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Programa de Pós-graduação Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS. E-mail: crismwarm@gmail.com

científica. Isto permite definir algumas características gerais da pesquisa qualitativa: a) flexibilidade e construção progressiva do objeto, b) ocupar-se de objetos complexos, c) dados heterogêneos, d) descrever em profundidade a vida social, e) valorizar a exploração indutiva do campo. O segundo, *Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social,* apresenta uma revisão do debate em torno do desenvolvimento dessa relação. O procedimento qualitativo nem se apresenta como simples técnica, nem como paradigma inovador de análise, mas reconceitua as problemáticas sociais em uma nova identidade intelectual.

A parte II, *Delineamentos de pesquisa e amostragem*, nos brinda com dois textos e contribuições de ordem metodológica. O primeiro, *O delineamento de pesquisa qualitativa*, aborda os elementos comuns a todo projeto de pesquisa qualitativa: dos tipos e temas objeto da pesquisa, passando pela revisão de literatura e amostra, até chegar na coleta e análise dos dados. No segundo texto, *A amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico,* o autor examina de perto relações e noções sobre amostra e população nos estudos qualitativos, mas sem se distanciar das concepções quantitativas. Usa algumas premissas para as análises: qualidade científica, escolhas técnicas e teóricas e natureza do objeto.

A parte III, *Abordagens e técnicas de pesquisa*, contém quatro capítulos dedicados as abordagens mais tradicionais na pesquisa qualitativa: a entrevista, a observação direta, a análise documental e a abordagem biográfica. O primeiro, *A entrevista de tipo qualitativa: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas,* trata do estatuto primordial que a fala assume enquanto material produzido em abordagens qualitativas. Como dado empírico mais frequentemente usado nas ciências sociais e humanas possui justificativas epistemológicas, tipos e estratégias de abordagens, assim como vieses intrínsecos. Vale a pena ler! Quanto ao segundo texto, *A observação direta e a pesquisa qualitativa,* aspectos históricos e princípios metodológicos são tratados, compreendendo esse procedimento em harmonia com um conceito em que os processos sociais são apreendidos por meio de interações diretas. O terceiro, *A análise documental,* abordagem que apresenta a vantagem significativa de, ao menos em parte, eliminar a influência da intervenção do pesquisador. Usa Foucault, para salientar que o tecido documental reconstitui totalidades, séries, relações – *a ordem do discurso.* E, por fim, o quarto, *A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica,* toma o relato ou a história de vida como uma renovação para a sociologia em que ao usá-lo é possível compreender de modo simultâneo o vivido pelo indivíduo e o relato da vida em sociedade.

Na parte IV, *Análise,* podemos acessar explanações sobre modelos de análise mais associados as pesquisas qualitativas. O primeiro, *A indução analítica*, um método de análise qualitativa muito comum, que não possui como objetivo validar uma hipótese em um tradicional modelo hipotético-dedutivo científico, mas elaborar progressivamente uma teoria a partir dos dados empíricos

produzidos pelo estudo qualitativo. O segundo, *A teorização enraizada (grounded teory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares*, explicita o que é o método, assim como a sua originalidade: construir, para além de meramente descrever, uma teoria fundamentada na realidade empírica. O terceiro, *Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria e prática e avaliação,* elabora sobre a contribuição da fenomenologia para a pesquisa qualitativa nas ciências humanas. Finalmente, o quarto, *Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos*, encerra o livro com uma síntese sobre principais regras visando maximizar cientificidade de resultados de estudos qualitativos.

Referência

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 464 p.