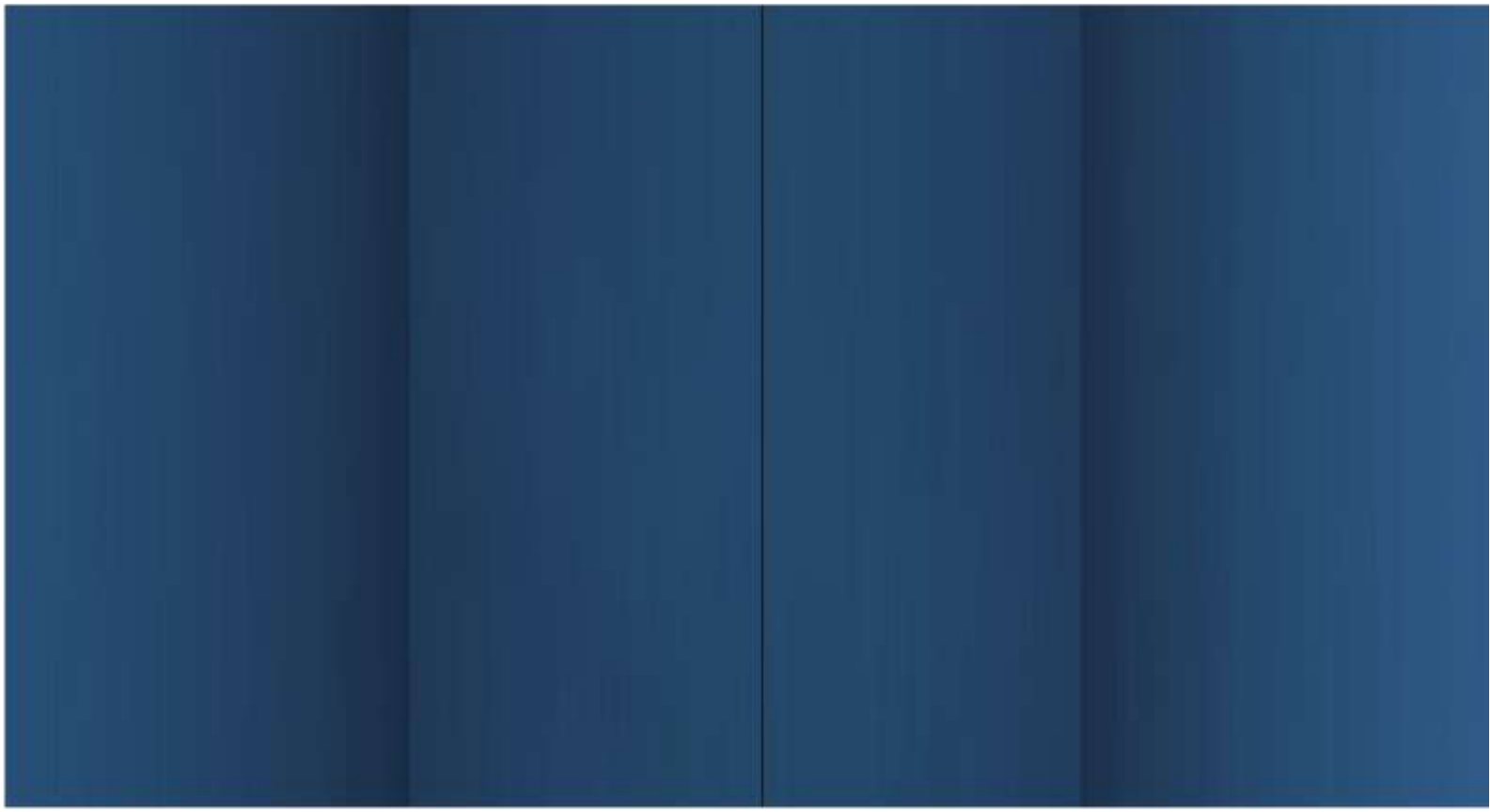
SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE
VOLUME 2, NÚMERO 3, DEZEMBRO 2018



# 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. 3 | DEZEMBRO 2018

# Saberes Plurais: Educação na Saúde

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


### Comitê Editorial Acadêmico:

Cristianne Maria Famer Rocha
Danilo Blank
Daniele Noal Gai
Denise Bueno
Fabiana Schneider Pires
Luiz Fernando Calage Alvarenga
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

### 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

Ler, olhar e ver: uma distinção que faz falta! .....03
Fabiana Schneider Pires, Paulo Peixoto de Albuquerque, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

## Artigos especiais

Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional .....09
Paulo Peroni Pellin, Roger dos Santos Rosa

## Experiências docentes e discentes

Seminários autopoiéticos: diálogos e percursos de educação permanente em saúde .....23
Fabiana Schneider Pires, Graciela Soares Fonsêca, Carlos Botazzo

Saúde e cidadania na escola: experiências inovadoras que promovem o bem viver .....33
Camila Giugliani, Eliane Maria Teixeira Flores, Kátia Teresa Cesa, Vania Roseli de Mello, Jandira Roehrs Santana, Patrícia Genro Robinson, Cristiane Nunes Pereira, Nilvo Masulini

## Ensaios e debates

A importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta estratégica para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial .....55
Larissa Weber, Roger dos Santos Rosa

Os encontros e desencontros entre saberes populares, Atenção Básica e emergência .....63
Sabrina Lacerda da Silva, Carmen Lucia Bezerra Machado

Educação permanente em saúde: possibilidade ou desafio para os trabalhadores da saúde mental?....76
Daiane Schellin Berwaldt

O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica .....83
Helena Pereira Rodrigues da Silva, Michele Neves Meneses, Denise Bueno, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Metodologias ativas no processo formativo em saúde .....91
Marcelo Rodrigues Reser, Cristine da Rocha, Sabrina Lacerda da Silva

## Pesquisas

Quem aprende o que e com quem? Educação permanente em saúde e intersetorialidade como desafios político-pedagógicos .....104
Dagmar Estermann Meyer, Luiz Fernando Calage Alvarenga, Sandra dos Santos Andrade, Jeane Félix, José Geral do Soares Damico

Educação em saúde: um estudo de caso sobre sífilis congênita no município de Esteio no Rio Grande do Sul .....120
Aline Coletto Sortica, Paulo Peixoto de Albuquerque

Atividade de ensino integradora dos cursos da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: significando a experiência .....137
Silvia Regina Guimarães de Medeiros, Alzira Maria Baptista Lewgoy, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Vivência profissional de trabalhadores da saúde com longo vínculo institucional: reflexões preliminares.....151
Carolina Gasperin, Ananyr Porto Fajardo, Julio Baldisserotto, Cristine Maria Warmling

## Resenhas

A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição .....165
Eliane Teixeira Leite Flores

# Editorial

**LER, OLHAR E VER: UMA DISTINÇÃO QUE FAZ FALTA!**

A diferença entre ver e olhar não é só uma distinção semântica ou um jogo de linguagem, mas um lugar ou processo fundamental para a nossa experiência como leitores.

Uma revista eletrônica pode parecer à 'primeira vista' que se constitui por elementos que pouco se diferem de outros suportes de informação ou modos de representar uma dada realidade. Entretanto, há nela palavras que provocam diferenças, modos de pensar significantes e singulares que revelam nos seus temas, ações, comportamentos e modos de compreender Educação e Saúde e particularmente Ensino na Saúde.

O que acontece em cada número (situações, problemas, fatos curiosos) aponta e sinaliza que estamos submetidos a um mundo de imagens que muitas vezes não entendemos e, por isso, podemos dizer que lemos e não vemos, olhamos e não enxergamos.

Os temas deste número da **Saberes Plurais** revelam uma dupla situação: a do ver que é diferente do olhar quando se tem como baliza o mundo das Políticas de Saúde, e que o pensar saúde (e tudo que acontece nela) pode ser compreendido como um território/espaço de exercício político.

Os desafios na área do Ensino na Saúde são complexos e não existem respostas imediatas ou soluções rápidas para eles, o que justifica a necessidade de estudos, reflexões e, especialmente, a formulação e materialização do pensar daqueles que tem no seu fazer cotidiano as questões da saúde entendida como cuidado da saúde e não como tratamento hospitalocêntrico ou centrado na lógica da doença.

Por isso, no processo de formação de um novo número estamos o tempo todo sendo confrontados com uma situação incessante de frustrações e expectativas. O desenho que emerge a cada editorial por sua pluralidade de temas de alguma maneira diz sobre está situação.

São impasses ou a dificuldade de armar um 'quadro da situação' acabado, concebido a partir de uma perspectiva panorâmica e definitiva. Longe de rechaçar a leitura – necessária e, por vezes, urgente – sobre educação na saúde, entendemos que a necessidade de investigar sobre os impasses pelo qual passa o 'fazer educação' na/da área, passa pela sensibilidade e a capacidade de desenvolver conceitos a partir das situações que atravessamos e/ou percebemos. São impasses políticos (de poder), éticos (questão do direito e da dignidade), pedagógicos (construção dos saberes). São impasses que materializam conceitos, por sua vez, modelam comportamentos que, de outro modo, se não refletidos tendem a situar-se apenas no espaço da racionalidade puramente lógica onde polimos as representações abstratas.

Mais do que nunca, então, precisamos de situações que nos levem a compreender os conceitos-chave de articulação do pensamento e da prática, senão também como realidade concreta que se descobre potência e inicia e nos leva a outros saberes.

Nesse sentido, apreender exige muito mais do que ensinar, porque somente será capaz de compreender o porquê e os motivos da aprendizagem aquele que apreender suas consequências, seu sentido e o seu significado, ou seja, fazer uma leitura de mundo.

O conjunto de artigos deste número inicia com o artigo especial **Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional**, dos autores Paulo Peroni Pellin e Roger dos Santos Rosa. Trata-se de uma revisão narrativa que discute o conceito de prevenção quaternária ao longo do tempo, as novas linhas de pensamento, a relevância para a prevenção, a aplicabilidade na prática dos profissionais da saúde e aborda estratégias de ensino para a difusão do conhecimento sobre o assunto.

Nas experiências docentes e discentes, dois artigos são apresentados. O artigo **Seminários autopoiéticos: diálogos e percursos de educação permanente em saúde**, de Fabiana Schneider Pires, Graciela Soares Fonsêca e Carlos Botazzo, destaca o processo de construção de uma rede colaborativa entre trabalhadores, gestão e pesquisadores a partir de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Tem o objetivo de relatar o desenvolvimento dos Seminários Autopoiéticos e tecer reflexões sobre seu potencial disparador de novas metodologias para o trabalho em saúde. Seu diferencial está no fato maximizar o repensar o processo de trabalho, naquilo que diz respeito ao cuidado a partir de uma proposta metodológica que tem na problematização o eixo da construção de conhecimentos pela vivência de experiências significativas do cotidiano de trabalho dos participantes se, contudo, desconhecer que nesse processo as fragilidades e forças permitem potencializar o trabalho em saúde. Já o artigo **Saúde e cidadania na escola: experiências inovadoras que promovem o bem viver,** escrito pelo grupo constituído por Camila Giugliani, Eliane Maria Teixeira Flores, Kátia Teresa Cesa, Vania Roseli de Mello, Jandira Roehrs Santana, Patrícia Genro Robinson, Cristiane Nunes Pereira e Nilvo Masulini, relata uma experiência de promoção da saúde e participação social junto às crianças de uma escola pública de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa-ação do Movimento pela Saúde dos Povos. A intervenção realizada na escola envolveu instituições de ensino e profissionais da Unidade Básica de Saúde do território, pelo Programa Saúde na Escola.

Ao refletir sobre **A importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta estratégica para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial**, os autores Larissa Weber e Roger dos Santos Rosa sinalizam que só podemos ver quando aprendemos que algo não está à mostra e podemos sabê-lo. Portanto, para olhar, é preciso pensar. Ao situar historicamente o processo de reorganização do modelo assistencial em saúde brasileiro os autores chamam atenção

para a pertinência de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a consolidação da RAPS no Brasil. Destaca-se como intencionalidade da reflexão que foge aos truísmos, na medida em que busca desmistificar a crença de que os usuários da saúde mental são perigosos, incapazes e desprovidos de direitos de cidadania sustentando também, algo evidente por si mesmo – a despeito de nossa aparente exclusiva preocupação com o assistencialismo nesta área. E, por uma questão de coerência valoriza as ações de educação permanente em saúde mental.

O artigo **Os encontros e desencontros entre saberes populares, Atenção Básica e emergência,** de Sabrina Lacerda da Silva e Carmen Lucia Bezerra Machado, reitera elementos importantes na construção do saber docente em educação para a saúde ao pensar a importância dos saberes populares nos Espaços Educativos da saúde (independente do fato dele se caracterizar como formal ou não formal). As situações apresentadas e vivenciadas na prática são intercruzadas com as políticas públicas vigentes em saúde. E, a partir dessa conversa entre textos e o fazer cotidiano dos profissionais da saúde, a reflexão permite aos leitores compreender como se processo o atendimento as urgências/emergências fora dos muros hospitalares.

O artigo de Daiane Schellin Berwaldt **– Educação Permanente em Saúde: possibilidade ou desafio para os trabalhadores da saúde mental?** – dirige sua atenção analítica para o conceito de educação permanente. O texto não é uma abordagem curiosa ou contemplativa. Seu olhar é reto, sintético e imediato. Na imediatidade do ver torna o tema um evento objetivo evidenciando que aprender a pensar é descobrir aquilo que está no nosso cotidiano. O artigo faz um paralelo entre Educação Permanente em Saúde (EPS) e Política de Saúde Mental e neste paralelo destaca as possibilidades estratégicas de formação/capacitação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde que podem estimular a maior e melhor qualificação dos profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde mental. Aqui o conceito de Educação Permanente em Saúde se apresenta como um princípio da ação capaz de dar mais efetividade às ações de cuidado em saúde mental.

A leitura do artigo **O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica** possibilita conexões para a construção de um marco analítico que busca compreender os processos que ocorrem a partir da relação agente mediador nos espaços comunitários possibilitados pela Política Nacional de Atenção Básica. O grupo de articulistas formado por Helena Pereira Rodrigues da Silva, Michele Neves Meneses, Denise Bueno e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi está a nos dizer que perceber o lugar e o papel do Agente Comunitário serve para se compreender os espaços educativos não formais, como também, que a sua atuação permite, como contraponto, se compreender as lógicas que modelam as relações propostas numa Política Pública. O artigo sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) à luz do novo texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reflete sobre o modelo de atenção à saúde e sobre como e porque o protagonismo do Agente Comunitário contribui para a qualidade de vida das pessoas e da

comunidade. Seu diferencial está não apenas na promoção da saúde, mas no modo como se materializa esta ação: sua ação não se dá no campo das ideias, mas no campo da própria realidade. Este profissional da saúde atua sobre a realidade com a convicção de que tudo é possível quando se promove e organiza as reivindicações da comunidade.

No ensaio **Metodologias ativas no processo formativo em saúde**, Marcelo Rodrigues Reser, Cristine da Rocha e Sabrina Lacerda da Silva discutem a utilização das metodologias ativas e sua contribuição na formação de profissionais da saúde. Destacam a importância da troca de saberes nos processos educativos e do conhecimento construído de forma colaborativa pelo questionamento e reflexão. Argumentam sobre a necessidade da utilização das metodologias ativas como ferramenta metodológica nos processos de trabalho e no cotidiano da formação na área da saúde, possibilitando uma educação mais reflexiva, crítica e democrática, o que irá se refletir na assistência realizada junto aos usuários.

Dagmar Estermann Meyer, Luiz Fernando Calage Alvarenga, Sandra dos Santos Andrade, Jeane Félix e José Geral do Soares Damico abrem a sessão de pesquisas da revista, com o artigo **Quem aprende o que e com quem? Educação permanente em saúde e intersetorialidade como desafios político-pedagógicos.** O texto resulta de pesquisa realizada em parceria com as Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social de um município da Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul, responsáveis pela implementação de programas de 'inclusão social'. Apoia-se na educação permanente em saúde em articulação com teorizações pós-estruturalistas e a análise cultural.

Os resultados da pesquisa **Educação em saúde: um estudo de caso sobre sífilis congênita no município de Esteio no Rio Grande do Sul,** de Aline Coletto Sortica e Paulo Peixoto de Albuquerque, exige uma leitura/analítica mais demorada (os desavisados podem pensar que se trata de mais um texto de síntese); não! O tema pode ser entendido na perspectiva vigotskiana, na qual a mediação de uma profissional da saúde comprometida com Ensino na Saúde se apresenta como componente importante e fundamental. O texto mostra que o caso da sífilis no RS tem a ver com processos de mediação. Não qualquer mediação abstrata, mas aquela que se caracteriza como a relação que o ser humano estabelece com o mundo e com outros seres humanos, visto que é por meio desse processo as pessoas aprendem. Aprendem a conhecerem-se e reconhecerem-se como corpos que vivem a sua sexualidade tornando-se sujeitos. Ao identificar as potencialidades e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, no que se refere à educação em saúde e ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e às crianças com suspeita ou diagnóstico de sífilis congênita a reflexão busca, também, contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita.

Os textos **Atividade de ensino integradora dos cursos da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: significando a experiência,** de Silvia Regina Guimarães de Medeiros, Alzira

Maria Baptista Lewgoy e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, e **Vivência profissional de trabalhadores da saúde com longo vínculo institucional: reflexões preliminares,** de Carolina Gasperin, Ananyr Porto Fajardo, Julio Baldisserotto e Cristine Maria Warmling, estão a nos dizer que educar não é simplesmente fazer como sempre se fez e que o problema da educação está no fato de, por sua natureza, não poder abrir mão de um modo de operar, e ser obrigado, apesar disto, a caminhar em um mundo que está em processo acelerado de mudanças. O primeiro, ao analisar a experiência da atividade de ensino integradora da UFRGS, leva os leitores a compreender o(s) sentido(s) de uma proposta de formação para os profissionais da saúde. Ao refletir sobre distinção existente entre padrão (formação profissional proposta) e significado (resultado das vivências) explicita um conceito importante para aqueles que trabalham com saúde – alteridade – fundamental e necessária para um outro modo de aprender e atuar profissionalmente. O segundo, tem no conceito – trabalho – a chave analítica para compreender as relações entre as práticas profissionais, processos de envelhecer no trabalho e contexto institucional. A reflexão aponta que as vivências no trabalho não são sinalizam apenas à história da instituição, mas evidenciam saber da experiência e a experiência do saber que precisa ser reconhecida. Estes dois textos, permitem dois movimentos: o primeiro, uma livre comparação sobre que pressupostos pedagógicos se faz um fazer profissional a partir do conceito de experiência/vivência. O segundo, diz respeito a singularidade de um processo de aprendizado de um fazer profissional que se constrói a partir de lugares/lógicas diferentes, porque nas diferentes formas de abordar um dado conhecimento explícito está um modo de fazer/pensar o trabalho na saúde. As pesquisas (nas suas narrativas) ao apresentarem seus pontos de vista, não só trocam e combinam conhecimentos através de recortes muito pessoais, mas re-configuram informações de modo evidenciar aquilo que sabem e pretendem informar. E, na tentativa de organizar a relação das atividades de ensino e da vivência profissional apontam que é no diálogo aberto que podemos descobrir as palavras e/ou conceitos que foram apresentados.

A resenha **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição** de Eliane Teixeira Leite Flores faz o fechamento deste número da Revista Saberes Plurais. Nela a discussão sobre o processo de ensino/aprendizagem não se esgota no exercício abstrato da análise cognitiva, mas direciona a experiência-como uma possível saída para construir outras formas de pensar educação, ensino.

Importante destacar que, assim como a resenha, esta revista se apresenta como metáfora. Como metáfora ela permite também uma metaleitura. Em cada número que você lê, não está apenas o pensar daquele que escreve, mas também o esforço (coletivo) daqueles que são os autores e os editores.

Os autores são pretensiosos, estão a nos dizer que mundo se inventa e se reinventa a cada novo texto. Cada vez que uma revista fica pronta, ela está pronta para cumprir com o seu destino: tocar o leitor.

Agora, com a revista em frente, cada vez que o leitor passa os olhos pelas suas páginas, o tema, o escrito sofre uma mutação: o leitor se apropria daquilo que foi escrito. Assim, a compreensão de algo ou sobre o tema cresce e a pessoa que lê se fortalece, porque as ideias não têm dono.

Quando uma revista fica pronta é uma vitória; não é apenas um conjunto de artigos que se põe em evidência, mas um modo de entender a vida, a realidade e, principalmente, como os saberes, por serem plurais, constroem um modo de pensar o ensino na saúde.

E, como diz o poeta ***Mauro Iasi***:

*O conhecimento é assim:*
*ri de si mesmo e de suas certezas.*
*É meta de forma*
*metamorfose*
*movimento*
*fluir do tempo que tanto cria como arrasa*
*a nos mostrar que para o voo*
*é preciso tanto o casulo*
*como a asa.*

Boa leitura!

Fabiana Schneider Pires
Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

# Artigos especiais

## PREVENÇÃO QUATERNÁRIA – CONCEITO, IMPORTÂNCIA E SEU PAPEL NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

## QUATERNARY PREVENTION – CONCEPT, IMPORTANCE AND THEIR ROLE IN PROFESSIONAL EDUCATION

## PREVENCIÓN QUATERNARIA – CONCEPTO, IMPORTANCIA Y SU PAPEL EN LA EDUCACIÓN PROFESIONAL

Paulo Peroni Pellin[1]

Roger dos Santos Rosa[2]

**Resumo**

Em um cenário complexo, no qual a saúde tem perdido espaço para a doença, o dano causado pelo excesso de intervenções médicas vem sendo percebido e mensurado. Essa conjuntura proporcionou o crescimento da prevenção quaternária. Apresenta-se uma revisão narrativa que discute seu conceito ao longo do tempo, as novas linhas de pensamento, a relevância para a prevenção, a aplicabilidade na prática dos profissionais da saúde e aborda estratégias de ensino para a difusão do conhecimento sobre o assunto. Propõe-se uma nova visualização gráfica para o entendimento do conceito, sugerindo medidas que possam facilitar sua introdução nas intervenções de saúde, de modo a se consolidar como uma estratégia fundamental para as práticas no Sistema Único de Saúde. Além de minimizar os riscos individuais e populacionais com tratamentos desnecessários, a prevenção quaternária é capaz de reduzir custos, otimizando a distribuição de recursos e oferta de saúde para a população.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Formação de Conceito. Medicina de Família e Comunidade. Medicina Geral. Educação.

**Abstract**

In a complex scenario in which health is losing space for the disease, it is being perceived and measured the damage caused by overuse of medical interventions. This has provided the spread of the quaternary prevention. It´s presented a narrative review which aims to discuss its concept over time, the new lines of thought, the relevance to prevention, the applicability in practice of health professionals and teaching approach strategies for the diffusion of the knowledge about it. It is proposed a new graphic visualization for understanding the concept, suggesting measures that may facilitate its introduction in health interventions, in order to consolidate itself as a fundamental strategy for the practices in the Brazilian Unified Health System. In addition to minimizing individual and populations with unnecessary treatments, the quaternary prevention is able to reduce costs, optimizing the distribution of resources and health provision for the population.

**Keywords:** Health Promotion. Concept Formation. Family Practice. General Practice. Education.

[1] Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Campo Bom. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: paulo.pellin@ufrgs.br

[2] Médico e Administrador, Doutor em Epidemiologia, professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional e em Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenador do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdade da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

**Resumen**
En un escenario complejo en el cual la salud ha perdido espacio para la enfermedad, se está percibiendo y medido el daño causado por el exceso de intervenciones médicas. Esta coyuntura proporcionó el crecimiento de la prevención cuaternaria. Este artículo se trata de una revisión narrativa que tiene el propósito de discutir su concepto a lo largo del tiempo, las nuevas líneas de pensamiento, la relevancia para la prevención, la aplicabilidad en la práctica de los profesionales de la salud y abordar estrategias de enseñanza para la difusión del conocimiento sobre el tema. Se propone una nueva visualización gráfica para el entendimiento del concepto, sugiriendo medidas que puedan facilitar su introducción en las intervenciones de salud, de modo a consolidarse como una estrategia fundamental para las prácticas en el Sistema Único de Salud. Además de minimizar los riesgos individuales y las poblaciones con tratamientos innecesarios, la prevención cuaternaria es capaz de reducir costos, optimizando la distribución de recursos y la oferta de salud para la población.
**Palabras claves:** Promoción de la Salud. Formación de Concepto. Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina General. Educación.

## Introdução

Os danos potencialmente causados por intervenções médicas, cuidados baseados excessivamente em tecnologias duras, ou por influência das estratégias de marketing da indústria farmacêutica, tanto as voltadas ao público geral quanto a profissionais de saúde, vêm gerando preocupações e discussões principalmente entre médicos generalistas (no mundo) e médicos de família e comunidade (no Brasil) (TESSER, 2012). Vários fatores têm sido levantados na prática médica como contribuintes para o emprego excessivo e, muitas vezes, desnecessário de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos ou procedimentos médicos. Tais condutas, por vezes, estão extrinsecamente ligadas a fatores como a produção e mercantilização de doenças, a medicalização, o excesso de consultas, o avanço tecnológico e as estruturas organizacionais que facilitam o acesso especializado e incentivam o uso de tecnologias duras. Por outras vezes, são fatores intrínsecos da prática médica que podem colaborar para a utilização excessiva de serviços em saúde, como a medicina defensiva, incentivos econômicos, a própria formação médica e falta de experiência profissional (ALBER et al., 2017).

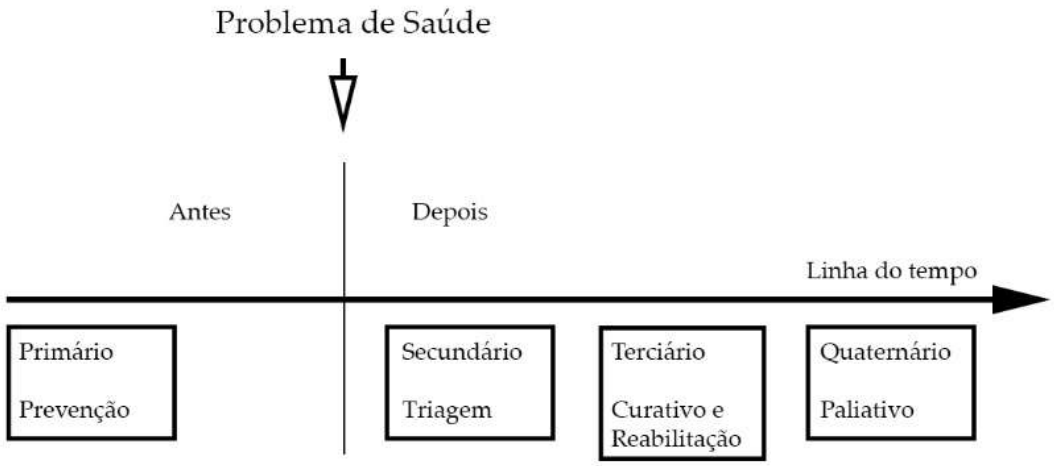
Essas preocupações e questionamentos, juntamente com a percepção da necessidade de intervenção sobre tais fatos, têm fortalecido e disseminado o conceito de 'prevenção quaternária', principalmente no campo da medicina de família e comunidade e da medicina generalista, mas também vêm ganhando campo de discussão e produção científica entre a chamada medicina especializada.

## Conceituando prevenção quaternária

Em 1986, em um artigo sobre os avanços da informação com o uso de microcomputadores na prática médica da época, Jamoulle teceu comentários sobre uma 'quarta casa' nos campos da prevenção e a preocupação relacionada com iatrogenias e desenvolvimento de ansiedade no paciente provocadas por abordagens médicas (JAMOULLE, 1986).

Em 1988, o termo prevenção quaternária foi proposto por Bury em uma visão cronológica, centrada na doença, com o significado de cuidados paliativos (JAMOULLE; GUSSO, 2012) (Figura 1).

Figura 1 – Atividades médicas e preventivas baseadas na cronologia.




Fonte: Adaptado de Jamoulle e Gusso (2012).

Segundo a definição do Dicionário Internacional para Prática Geral/Familiar da WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), a prevenção é a ação de evitar a ocorrência ou o desenvolvimento de um problema de saúde e/ou suas complicações. Está conceitualmente dividida em quatro categorias: (i) Prevenção primária: são ações para evitar ou remover uma causa de problema de saúde em um indivíduo ou população antes que este problema apareça, ou seja, ações voltadas para a promoção da saúde e proteção específica cujos exemplos são a vacinação e as práticas educativas; (ii) Prevenção secundária: ações tomadas para detectar precocemente problemas de saúde em indivíduos ou na população, facilitando a cura, reduzindo ou prevenindo sua evolução ou efeitos a longo prazo. Como exemplos dessa categoria, citam-se exames de rastreamento (por exemplo: mamografia, preventivo de câncer do colo uterino); (iii) Prevenção terciária: são ações com vistas à redução de efeitos crônicos de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população minimizando suas consequências funcionais decorrentes de eventos agudos ou crônicos, como prevenção de complicações do diabetes ou reabilitação após um acidente vascular encefálico (AVE); (iv) Prevenção quaternária: ações tomadas para identificar pacientes em risco de uso medicalização excessiva, para protegê-los de novos procedimentos médicos invasivos, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis (BENTZEN, 1995).

Esse último conceito de prevenção quaternária foi proposto em 1999 por Jamoulle e oficializado pelo Dicionário da WONCA em 2003 (BENTZEN, 1995; JAMOULLE; GUSSO, 2012; JAMOULLE; ROLAND, 1995). Apesar de recente, remete aos primórdios da prática médica e ao princípio da não-maleficência da era Hipocrática (GOLDIM, 1997). Também está inserido no Código de Ética Médica (arts. 1º, 14º, 20º, 24º e 35º) no capítulo da responsabilidade profissional, quando veda ao médico causar dano ao paciente, praticar ou indicar atos desnecessários, permitir que outros interesses interfiram nos seus atos profissionais; no capítulo dos direitos humanos, vedando deixar de garantir ao paciente que este decida sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como limitá-lo em caso de necessidade e ao exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicando o tratamento ou excedendo consultas ou procedimentos médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

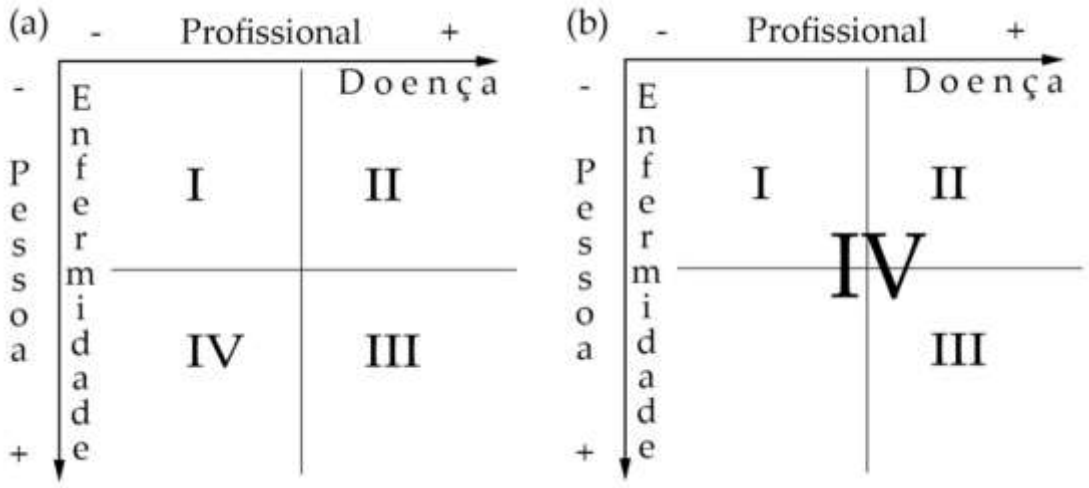
**As novas linhas de pensamento**

Em 1994, foi proposta uma visão gráfica baseada em relacionamentos entre a pessoa que se sente ou não afetada por algum sofrimento e o fato de possuir ou não uma doença estabelecida (HELLSTRÖM, 1994). Esse modelo resultou em quatro quadrantes de possibilidades de encontro entre e pessoa e o médico, e estes se relacionam com as quatro formas de atividades preventivas (Figura 2a).

Também se discute a prevenção quaternária de um ponto de vista filosófico conceitual incluindo a heterogeneidade de entendimento do conceito, tanto como sendo uma prevenção das três primeiras formas preventivas, como meramente cuidados paliativos ou relativo ao princípio da não-maleficência, como já apresentado anteriormente. A dicotomia entre medicina geral e especializada presente em vários textos médicos e a falta de adequação à prática clínica acabam por prejudicar a difusão e a aplicabilidade do conceito de prevenção quaternária (OLIVEIRA; REIS, 2012).

Autores têm debatido sobre a prevenção quaternária e proposto modificações no seu conceito (e também na sua representação gráfica). Brodersen, Schwartz e Woloshin (2014) sugerem que o novo conceito para prevenção quaternária seja: ações tomadas para proteger indivíduos (pessoas/pacientes) de intervenções médicas que provavelmente causem mais dano do que benefício. Baseado nesta proposta de conceito, Martins et al. (2018) retomam o debate e sugerem a mudança do mesmo à WONCA. Ambos também discursam sobre a formatação gráfica proposta em 1994 por Hellström e propõem uma nova colocação para o quadrante da prevenção quaternária, em uma posição central e ‘invadindo’ os campos das prevenções primária, secundária e terciária (Figura 2b).

Figura 2 – Os campos de encontro pessoa-médico conforme percepção de doença e sensação de enfermidade e sua relação com as formas preventivas.




Fonte: Adaptado de Jamoulle e Gusso (2012) e Martins et al. (2018).

**Relevância e aplicabilidade**

Apontadas como a terceira causa de morte nos Estados Unidos, com estimativa de 230 mil mortes por ano (STARFIELD, 2000), as causas iatrogênicas, como cirurgias desnecessárias, erros medicamentosos, infecções hospitalares e efeitos adversos de medicamentos, são potencialmente evitáveis com a aplicação da prevenção quaternária.

Em 2010, o médico de família Howard Brody chamou as sociedades de especialidades médicas dos Estados Unidos da América a identificar cinco testes e tratamentos que não promovessem benefício aos pacientes (BRODY, 2010). No ano seguinte, foi publicado um texto com orientações específicas em três áreas da medicina (medicina interna, medicina de família e pediatria) com cinco orientações para cada área afim de promover o uso mais efetivo dos recursos em saúde (AGUILAR et al., 2011). A partir desses trabalhos, a Fundação ABIM (*American Board of Internal Medicine*) iniciou e mantém uma campanha, intitulada *Choosing Wisely* (Escolhas Sábias) com o intuito de engajar médicos e pacientes a discutirem sobre a redução de testes e procedimentos desnecessários (ABIM FOUNDATION, 2018).

Morgan et al. (2015) propuseram uma agenda para pesquisar de maneira periódica o uso excessivo de serviços médicos baseada em revisões sistemáticas anuais dos dez artigos mais relevantes publicados sobre o tema. A atualização de 2015 encontrou artigos que avaliaram questões como o uso de testes diagnósticos para sintomas inespecíficos, transfusão sanguínea definida por valor de hemoglobina, reposição de testosterona em homens que realizaram angiografia coronária, uso inadequado de antibióticos, meniscectomia como tratamento primário em casos de osteoartrite, uso de tomografia computadorizada de tórax em larga escala para diagnóstico de embolia pulmonar,

e concluiu que os efeitos benéficos das intervenções não conseguiram suplantar os riscos e em relação à mortalidade foram nulos (MORGAN; WRIGHT; DHRUVA, 2015).

Já na atualização de 2016, identificou-se aumento de testes de imagem e encaminhamentos para serviços secundários devido a cefaleia sem trauma ou fatores de risco, hospitalizações por síncope de baixo risco com consequente abuso de testes diagnósticos desnecessários, realização de colonoscopias antes do intervalo de seguimento, uso de anticoagulação em pacientes com fibrilação atrial de baixo risco, uso continuado e de sobre dose de medicação opioide, uso excessivo de hipoglicemiantes/insulina em idosos com diabetes bem controlada, sendo estas ações associadas com aumento de riscos. Além desses, foram identificados estudos com práticas questionáveis sobre o uso de medicações para lombalgia, diagnóstico excessivo de infecções por *Clostridium difficile* em pacientes internados, e seguimento de nódulos tireoidianos benignos (MORGAN et al., 2016).

No ano seguinte, em 2017, foram encontrados artigos com excesso de testes de imagem como ecocardiografia transtorácica ou transesofágica para definição da etiologia de AVE, tomografia computadorizada para embolia pulmonar e também para sintomas respiratórios e ecografia de carótidas e consequente revascularizações em pacientes assintomáticos, culminando com excesso de testes diagnósticos e seus potenciais malefícios, além de um artigo sobre manejo agressivo de câncer prostático associado com maiores eventos adversos, piora na qualidade de vida, sem diferença de mortalidade quando comparado com conduta expectante (MORGAN et al., 2018).

Também em 2017 foi realizada uma pesquisa nos mesmos moldes das anteriores voltada à população pediátrica, identificando-se tratamentos desnecessários em soluções de reidratação, uso de antidepressivos e nutrição parenteral, uso excessivo de serviços médicos em partos programados antes das 39 semanas de gestação, utilização de ressonância magnética para detecção de fraturas em traumas de tornozelo com radiografia negativa e uso de fórmulas hidrolisadas para prevenção de alergias e evidências de excesso diagnóstico de hipoxemia em casos de crianças que receberam alta hospitalar após quadro de bronquiolite (COON et al., 2018).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o avanço da discussão sobre a prevenção quaternária é pequeno e esbarra em vários desafios, muitos deles de características institucionais e organizacionais. Apesar dos mais de 30 anos de história, ainda se enfrentam questões como a gestão (que não é especializada e se alterna a cada período eleitoral), dificuldades no trabalho de equipe, a ainda frágil medicina de família como especialidade médica (que tem observado a medicalização excessiva e anseia por soluções e tem como fatores inerentes de sua especialidade a longitudinalidade, a integralidade e a descentralização do cuidado). Junta-se a isso, o contexto de heterogeneidade cultural, econômica e social do povo brasileiro (NORMAN; ARMANDO; TESSER, 2009; TESSER, 2012).

Conforme o conceito saúde-doença e seus limites, por vezes imprecisos, vão se modificando, a distinção do saudável, dos fatores de risco (como pressão arterial, níveis de colesterol, densidade óssea e obesidade) e o obscurecimento da noção de cura e prevenção alimentam a expansão da comercialização de medicamentos (TESSER, 2012). Tais fatos culminam com a indústria da longevidade, que vende e propaga uma gama de compostos com inúmeras substâncias (comumente vitaminas e minerais) vendidos sem controle e sem benefícios para a população que, desamparada de informação adequada, os utiliza.

Outro fator dificultador é o uso de expressões na prática clínica que podem se contrapor diretamente ao conceito da prevenção quaternária, como por exemplo ao se afirmar que uma doença não tem cura ou que o paciente tem 'sinusite crônica' ou que deve 'tomar remédio para sempre', situações que podem aumentar o risco de medicalização excessiva (NORMAN; ARMANDO; TESSER, 2009). Também há grupos que apresentam mais fragilidade em relação ao uso excessivo de serviços médicos e de medicamentos como idosos, pacientes com fibromialgia (e doenças com diagnósticos de exclusão), ou problemas de saúde mental (OLIVEIRA; REIS, 2012).

A discussão sobre este assunto e sua 'responsabilidade' parece estar se voltando para a medicina de família e comunidade/generalista, mas, apesar disso, está ganhando espaço de discussão em setores especializados. O tema está presente em estudos específicos relativos a doenças como diabetes gestacional (KALRA; GUPTA; KALRA, 2017), hipotireoidismo (NEVES; DEVEZA; TEIXEIRA, 2016), neoplasia de próstata (MODESTO et al., 2018), oncologia (BRODERSEN; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2014; WELCH et al., 2016) levantando sua importância nos últimos anos também para os cuidados por especialistas focais.

Sabe-se, entretanto, que há dificuldades específicas para a aplicação da prevenção quaternária por quem realiza o atendimento secundário, entre eles: o ensino médico centrado em ambiente hospitalar (viés populacional); a prática da chamada medicina defensiva; a classificação de sintomas físicos e emocionais habituais como se fossem patologias; o marketing do medo acerca dos fatores de risco para as doenças; a ênfase no potencial dos tratamentos medicamentosos; e a concepção da saúde como um meio de consumo ('um medicamento para cada sofrimento') (NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2012; TESSER; NORMAN, 2016).

A solução proposta até então para evitar o rastreamento de 'tudo', os exames desnecessários e as suas consequências, fundamenta-se muito na medicina baseada em evidências e no cuidado centrado na pessoa. Essas estratégias buscam, respectivamente, utilizar a melhor evidência científica disponível e fortalecer a relação médico-paciente. Há, também, a defesa da prática das medicinas alternativas complementares e das práticas integrativas e complementares, porém para estas últimas não há a mesma abordagem sobre o teor de evidência científica.

**Avanços no ensino da prevenção quaternária**

A prevenção quaternária necessita ser tratada como uma estratégia da educação permanente do SUS e na formação dos profissionais de saúde, com produção científica, sistematização e coletivização de conhecimento crítico, critérios técnicos estritos e recursos éticos cuidadosos para guiar profissionais e instituições nas ações preventivas, aliada à abordagem centrada na pessoa e o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) com longitudinalidade (NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2012, 2017; TESSER; NORMAN, 2016).

Um estudo foi realizado com residentes em medicina interna que se voluntariaram a completar uma atividade de escrita reflexiva em relação a alguma vivência em relação a pacientes sob seus cuidados. Era necessário que pudesse ter ou tivesse havido algum tipo de dano causado por uso excessivo de serviços médicos. O estudo revelou que a prática (de pensar e escrever) promoveu nos participantes a habilidade de detectar danos excessivos, uma maior apreciação sobre crenças, atitudes e normas que levam ao uso excessivo e uma melhoria da própria eficácia para mudanças de comportamento clínico que não se alinham com o cuidado ideal ao paciente (CAVERLY et al., 2018). Essa atividade mostrou-se útil do ponto de vista educacional, pois aliada à baixa complexidade e dispensando a necessidade de realizar mudanças curriculares, foi capaz de facilitar a disseminação do conceito de prevenção quaternária através de metodologias ativas.

Alber et al. (2017), em pesquisa com médicos generalistas alemães sobre a prevenção quaternária, levantaram estratégias para a disseminação do conceito, as quais se dividiram em ações diretas, intermediárias e indiretas.

Como ações diretas citam-se: (i) estabelecimento de uma relação médico paciente confiável com foco na relação a longo prazo, decisão compartilhada, aprimoramento de habilidades leves (como comunicação e empatia), avaliação integral do paciente; e (ii) redução da dúvida diagnóstica com educação e treinamento em medicina baseada em evidências de alta qualidade, supervisão para jovens médicos gerais, diagnóstico gradual com foco na anamnese e exame físico, e uso da demora permitida.

São ações intermediárias: (i) promoção de um modelo de cuidado centrado na atenção primária com a melhoria do cuidado primário baseado em evidencias, médicos generalistas como guias e coordenadores, distinção entre níveis de cuidado primário e secundário e melhor integração da atenção básica no currículo médico; e (ii) educação do paciente com informações sobre evidências para recomendações ou serviços solicitados, informações sobre as vantagens da demora permitida em contrapartida a diagnósticos imediatos, informações sobre a importância de comportamentos saudáveis e responsabilidade pessoal, além de transparência de custos.

Como ações indiretas tem-se: (i) melhoramento das estruturas de cuidado por meio da restrição de serviços de saúde não baseados em evidencias, de uma abordagem de cuidado voltada às

populações em vez da abordagem sobre riscos, e mudança no paradigma de financiamentos: menos incentivos a técnicas diagnósticas; (ii) discussão na sociedade como um todo com a identificação dos financiadores e criação de processos que determinem prioridades no sistema de saúde (ALBER et al., 2017).

Gérvas, Starfield e Heath (2008) consideram que novos desafios necessitam de novos tipos de intervenções médicas, e, neste sentido, propõem três princípios para avaliação de novas recomendações clínicas preventivas: (i) que as evidências de benefícios e viabilidade devem ser testadas na prática; (ii) a redução de risco relativo não é suficiente, devido às variações de risco absoluto nas populações, devendo ser considerado também o risco atribuível; (iii) estudos que irão basear políticas deverão avaliar e reportar danos surgidos da implementação das intervenções.

Almenas et al. (2018) realizaram uma pesquisa nos países Ibero-Americanos por meio de um questionário *online*, do qual se obteve 309 respondentes, entre os quais 88% eram profissionais médicos, 69% conheciam o termo prevenção quaternária, e 92% consideraram que o termo não é exclusividade da medicina de família. No entanto, os dados que mais chamaram atenção foram que menos de 20% consideraram que os políticos do seu país conhecem a prevenção quaternária, 27% disseram que os médicos de família educam os pacientes sobre o tema, e, somente, 8,6% consideraram que ocorreram incorporações da prevenção quaternária em políticas públicas nos seus países após a 21ª Conferência Mundial de Médicos de Família, ocorrida em novembro de 2016. Em um segundo momento o texto aborda estratégias para disseminação do conhecimento sobre a prevenção quaternária em três eixos principais: recomendações gerais, recomendações para a população e ensino médico (incluindo proposta curricular para residência em medicina de família e comunidade). A Tabela 1 resume algumas dessas ações (ALMENAS et al., 2018).

Tabela 1 – Estratégias para disseminação do conhecimento da prevenção quaternária.

| **Recomendações gerais** |
|---|
| 1 – Políticas Públicas: Gerenciar alianças estratégicas com tomadores de decisão, pessoal da saúde e cidadãos para redução de diagnósticos e tratamentos excessivo, contribuindo com a qualidade do cuidado em saúde. |
| 2 – Comunidade: Disseminar o conceito de prevenção quaternária através de redes sociais, mídia de massa, líderes comunitários, escolas e outros com a finalidade de atingir o 'empoderamento pela saúde'. |
| 3 – Programas acadêmicos: Incluir o conceito de prevenção quaternária em programas de graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde, através de planos multidisciplinares, estimular pesquisa sobre o assunto de acordo com as regras e necessidades de cada país. |
| **Orientações para população geral** |
| 1 - Expandir campanhas educacionais em linguagem simples e clara. |
| 2 - Utilização de sítios da Internet que podem ser acessados pela população geral. |
| 3 - Desenvolvimento e publicação de pôsteres promovendo a prevenção quaternária em centros de saúde, consultórios médicos, hospitais. |
| 4 - Evitar uso de linguagem assustadora, frases que medicalizam as fases normais da vida e problemas existenciais, a correspondência de fatores de risco com doenças; os imperativos para realização de |

| |
|---|
| triagem ou estudos diagnósticos; múltiplas mensagens sobre vários problemas de saúde que possam causar confundimento.<br>5 - Priorizar questões de saúde relacionadas às principais causas de morte prematuras e evitáveis, estimular os pacientes a perguntar, conhecerem suas opções, benefícios e possíveis efeitos indesejados das intervenções em saúde. |
| **Recomendações para ensino em saúde** |
| 1 - Disseminar mecanismos e redes onde médicos, população, políticos podem encontrar informação e educação sobre a prevenção quaternária.<br>2 - Estabelecer uma equipe de trabalho responsável por administrar, enriquecer e monitorar a biblioteca virtual sobre o tema.<br>3 - Proposta de currículos para ensino da prevenção quaternária. |

Fonte: Adaptado de Almenas et al. (2018).

## Considerações Finais

Apesar de poder ser considerado recente na história da medicina, o conceito da prevenção quaternária já sofreu e provavelmente ainda passará por mudanças, como discutido anteriormente. Embora o debate tenha mérito, ainda está muito concentrado no campo teórico e restrito ao universo da medicina de família. Precisa-se de difusão do conhecimento para a prática, que o mesmo chegue ao consultório médico, às unidades básicas de saúde, aos pronto-atendimentos, às emergências dos hospitais, às políticas públicas, que faça parte da rotina dos cursos de medicina, não devendo ser abordado necessariamente como uma disciplina específica, mas ter papel disseminado no ensino, desde os semestres iniciais. Para tanto necessita-se que este conhecimento atinja os profissionais de todas as áreas, para que haja o fomento do debate sobre a importância desse modo de prevenção em suas práticas diárias.

Profissionais da saúde são educadores em sua essência, pois cada ato em saúde, necessariamente implica em uma comunicação, seja escrita, verbal, por gestos. O outro passo a ser dado para disseminar a prevenção quaternária, justamente, envolve a educação populacional. Os indivíduos vêm sofrendo contínuas (des)educações midiáticas em prol das doenças com a enxurrada de propagandas nos meios de comunicações incentivando o uso indiscriminado de medicamentos, vendendo a 'beleza' por meio de procedimentos (nem sempre) médicos, por vezes, invasivos. A iniciativa *Chosing Wisely* (ABIM FOUNDATION, 2018), assim como sua representação no Brasil pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2018), o projeto *Do Not Harm do Lown Institute* (CAVERLY et al., 2018), Recomendações *Do Not Do, Preventing Overdiagnosis, Too Much Medicine* (ALMENAS et al., 2018), são exemplos de alternativas que proporcionam material educacional a serem seguidos tanto por profissionais quanto para pacientes. Seguindo essas ideias, a Tabela 2 contém os sítios da internet e seus respectivos endereços eletrônicos para acesso e a Tabela 3 mostra sugestões de perguntas para o profissional de saúde refletir sobre sua atuação diária que podem ajudá-lo a praticar a prevenção quaternária.

Tabela 2 – Sítios da Internet relativos à prevenção quaternária.

| |
|---|
| *Choosing Wisely* - http://www.choosingwisely.org/ |
| *Choosing Wisely Brasil* - http://www.sbmfc.org.br/choosingwisely/ |
| Projeto *Do Not Harm* - https://lowninstitute.org/take-action/the-do-no-harm-project/ |
| Recomendações *Do Not Do* - https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf |
| *No Gracias* - http://www.nogracias.eu/ |
| *USPSTF* - https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/ |
| *Too Much Medicine* - https://www.bmj.com/too-much-medicine |
| *Right Care* - https://www.thelancet.com/series/right-care |

Fonte: ABIM FOUNDATION, 2018; ALMENAS et al., 2018; CAVERLY et al., 2018; SBMFC, 2018.

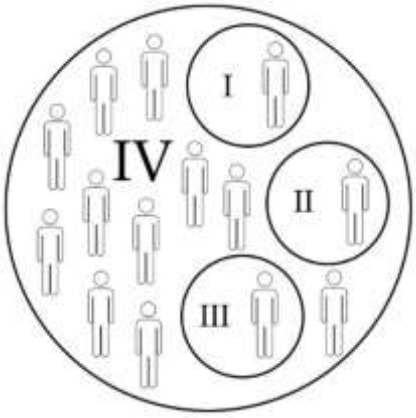
Tabela 3 – Sugestão de perguntas para aplicar a prevenção quaternária.

| |
|---|
| Esta conduta é baseada em evidência? É realmente necessária? |
| Qual real impacto desta ação na saúde deste paciente aos meus cuidados? |
| Estou fornecendo a melhor alternativa? |
| Quais danos posso causar? Os benefícios compensam estes riscos? |
| O custo desta intervenção pode ser arcado pelo paciente ou pelo sistema (SUS/convênios)? Há outra alternativa com melhor relação custo-benefício? |

Outra questão que tem dificultado a difusão do conhecimento sobre a prevenção quaternária e que merece atenção é a heterogeneidade da linguagem abordada, o uso de muitas terminologias na língua inglesa, como *medical overuse, overtreatment, overdiagnosis, overmedicalization* e suas consequentes traduções para a língua portuguesa (nem sempre tão bem definidas) acabam por dissipar a produção técnica sobre o conceito da prevenção quaternária.

A Figura 3 representa uma ideia de amplitude e simplificação do conceito para facilitar a visualização e o entendimento mais amplo da prevenção quaternária e demonstrar sua potencial ação nas outras três formas de prevenção, assim como a sua atuação além do individual para o coletivo, além da medicina geral ou de família e comunidade, mas para todas as especialidades médicas, além da própria medicina, mas também para as outras profissões da área da saúde.

Figura 3 – Proposta de nova visão para a prevenção quaternária, extrapolando do indivíduo para o coletivo e englobando as 3 primeiras formas de prevenção.



É importante ficar claro que a prevenção quaternária não prega a extinção ou a não utilização das tecnologias. Ao contrário, estimula seu uso consciente aliado com a arte de ser médico, que envolve saber dosar o uso destas tecnologias com a relação interpessoal da prática médica afim de oferecer o melhor cuidado para os que estão sob seus cuidados. Para tanto, precisa de uma definição que possa ser expandida à toda prática em saúde. Inicialmente, grande parte da operacionalização do conceito está recaindo sobre a medicina de família e comunidade devido à coordenação do cuidado a longo prazo e à longitudinalidade do atendimento. Contudo, tal responsabilidade assim como essas duas características também não devem ser exclusividade dessa especialidade, devendo entrar em ampla discussão na formação dos profissionais da saúde para minimizar os riscos e atingir um maior número de beneficiários.

De qualquer forma, o entendimento da prevenção quaternária deve ser claro para que não seja tratado como se fosse uma evolução da prevenção terciária. É sim uma maneira holística de pensar em saúde e nas pessoas, envolvendo os conhecimentos prévios de cada paciente junto com o conhecimento técnico-científico para a formulação da melhor conduta. Pode-se pensar em simples fórmula matemática *Primum non nocere*[1]+ MBE = Decisão Clínica. Porém, esta conta parece ser influenciada por muitas outras variáveis. Nesse campo, estudos vêm propondo uma nova abordagem médica considerando uma visão holística do indivíduo que englobe suas variáveis sociais, individuais, biológicas, moleculares, genômicas e químicas, o que vem sendo chamado de Sistema Médico P4 (P4 *System Medicine*, em inglês) tendo seu nome derivado das iniciais de preditivo, preventivo, participativo e personalizado, e pretendendo contrapor-se ao modelo médico reducionista e especializado em órgãos. Entretanto, a abordagem holística deste sistema também necessita de discussão no âmbito da prevenção quaternária (VOGT; HOFMANN; GETZ, 2016).

Convém mencionar que há artigos que têm se referido abreviadamente à prevenção quaternária como ‘P4’ em seus textos, o que pode gerar confusão com o P4 do sistema acima descrito, visto que são conceitos distintos (JAMOULLE, 2015; TESSER; NORMAN, 2016; TESSER, 2017; ALMENAS et al., 2018).

Nesse contexto, a prevenção quaternária firma-se como uma estratégia fundamental para a prática em saúde, principalmente quando inserida no SUS, pois além de minimizar os riscos individuais e populacionais com tratamentos desnecessários é capaz de reduzir os custos, otimizando a distribuição de recursos e oferta de saúde para a população.

**Referências**

ABIM FOUNDATION. **Choosing Wisely**, 2018. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/>. Acesso em: 30 nov. 2018.

[1] “O princípio da não-maleficência propõe a obrigação de não inflingir *(sic)* dano intencional. Este princípio deriva da máxima da ética médica *Primum non nocere”* (GOLDIM, 1997, n. p.).

AGUILAR, I. et al. The “top 5” lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 171, no. 15, p. 1385-1390, 2011.

ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. **Family Practice**, Oxford, v. 18, no. 1, p. 99, 2017.

ALMENAS, M. et al. Quaternary prevention : how to do , how to teach. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 69-83, 2018.

BENTZEN, N. An international glossary for general/family practice. **Family Practice**, Oxford, v. 12, no. 3, p. 341-369, 1995.

BRODERSEN, J.; SCHWARTZ, L. M.; WOLOSHIN, S. Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness. **APMIS acta pathol. microbiol. immunol. scand.**, Copenhagen, v. 122, no. 8, p. 683-689, 2014.

BRODY, H. Medicine’s Ethical Responsibility for Health Care Reform - The Top Five List. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 362, no. 4, p. 283-285, 2010.

CAVERLY, T. et al. Qualitative evaluation of a narrative reflection program to help medical trainees recognize and avoid overuse: “Am I doing what’s right for the patient?”. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 101, no. 3, p. 475-480, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM Nº 2.217/2018**, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 1 dez. 2018.

COON, E. R. et al. 2017 Update on Pediatric Medical Overuse a Review. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 172, no. 5, p. 482-486, 2018.

GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? **Lancet**, London, v. 372, no. 9654, p. 1997-1999, 2008.

GOLDIM, J. R. **Princípio da não-maleficência**, 1997. n. p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/naomalef.htm>. Acesso em: 1 set. 2018.

HELLSTRÖM, O. W. Health promotion in general practice. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 4, no. 2, p. 119-124, 1994.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M. **Quaternary prevention**. Hong-Kong: Wonca Classification Committee, 1995.

JAMOULLE, M. Informatisation en medecine. **Troisièmes Journées de Réflexion sur l'Informatique**, [s. l.], n. 1, 1986.

JAMOULLE, M.; GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 205-211.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **International Journal of Health Policy and Management**, Kerman, v. 4, no. 2, p. 61-64, 2015. Disponível em: <http://ijhpm.com/article_2950_0.html>. Acesso em: 1 dez. 2018.

KALRA, S.; GUPTA, Y.; KALRA, B. Quaternary prevention and gestational diabetes mellitus. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, Mumbai, v. 21, no. 1, p. 1, 2017. Disponível em: <http://www.ijem.in/text.asp?2017/21/1/1/196021>. Acesso em: 1 dez. 2018.

MARTINS, C. et al. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. **European Journal of General Practice**, London, v. 24, no. 1, p. 106-111, 2018.

MODESTO, A. A. D. et al. Um novembro não tão azul: Debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018.

MORGAN, D. J.; WRIGHT, S. M.; DHRUVA, S. Update on medical overuse. **JAMA internal medicine (Print)**, Chicago, v. 175, no. 1, p. 120-124, 2015.

MORGAN, D. J. et al. Setting a research agenda for medical overuse. **BMJ**, London, v. 351, p. 1-7, Aug. 2015.

MORGAN, D. J. et al. 2016 Update on Medical Overuse a Systematic Review. **JAMA internal medicine (Print)**, Chicago, v. 176, no. 11, p. 1687-1692, 2016.

MORGAN, D. J. et al. 2017 Update on Medical Overuse a Systematic Review. **JAMA internal medicine (Print)**, Chicago, v. 178, no. 1, p. 110-115, 2018.

NEVES, C. M. F. P.; DEVEZA, M.; TEIXEIRA, R. J. Hipotireoidismo subclínico em idosos na atenção primária: ênfase na prevenção quaternária. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 227-234, 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29448>. Acesso em: 1 dez. 2018.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde : uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1, 2015.

OLIVEIRA, C. C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. **Physis (Rio J.),** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1485-1502, 2012.

SBMFC. **Choosing Wisely Brasil**, 2018. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/choosingwisely/>. Acesso em: 1 dez. 2018.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 284, no. 4, p. 483-485, 2000.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde TT - Quaternary prevention for the humanization of primary health care. **Mundo Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 416-426, 2012.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev. Saúde Pública (Online),** v. 51, p. 116, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548>. Acesso em: 1 dez. 2018.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Diferenciando o cuidado clínico da prevenção de doença: um pré-requisito para praticar a prevenção quaternária. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. e00012316-e00012316, 2016.

VOGT, H.; HOFMANN, B.; GETZ, L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 19, no. 2, p. 307-323, 2016.

WELCH, H. G. et al. Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 375, no. 15, p. 1438-1447, 2016.

# Experiências docentes e discentes

## SEMINÁRIOS AUTOPOIÉTICOS: DIÁLOGOS E PERCURSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

## AUTOPOIETIC SEMINARS: DIALOGUES AND PATHWAYS OF PERMANENT EDUCATION IN HEALTH

## SEMINARIOS AUTOPOIÉTICOS: DIÁLOGOS Y PERCURSOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD

Fabiana Schneider Pires[1]

Graciela Soares Fonsêca[2]

Carlos Botazzo[3]

**Resumo**

Este artigo destaca o processo de construção de uma rede colaborativa entre trabalhadores, gestão e pesquisadores a partir de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Tem o objetivo de relatar o desenvolvimento dos Seminários Autopoiéticos e tecer reflexões sobre seu potencial disparador de novas metodologias para o trabalho em saúde. Esta ação propôs rodas de conversas a partir da metodologia da problematização, trabalhando a construção de conhecimentos pela vivência de experiências significativas do cotidiano de trabalho dos participantes. Os participantes puderam repensar e rever o seu processo de trabalho, vislumbrado outras possibilidades para promover cuidado em saúde que emergiam de suas próprias críticas e reflexões, pelos exercícios da problematização, do diálogo e, consequentemente, da transformação do trabalho, preceitos básicos do movimento EPS. Os Seminários apontaram para uma autopoiese construída no e para o trabalho e estimularam novas configurações do ser e do fazer em saúde por um investimento do trabalhador em si e sobre seu processo de trabalho. Esta ação de EPS resultou em reconhecimento de si no trabalho, pois formalizou um espaço-tempo para o debate, reconhecendo fragilidades e forças e reconfigurando percursos na micropolítica cotidiano do trabalho em saúde.

**Descritores:** Educação Permanente. Assistência à Saúde. Profissionais de Saúde.

**Abstract**

This article highlights the process of building a collaborative network between workers, management and researchers from permanent health education actions. It aims to report the development of Autopoietic Seminars and to weave reflections on their potential for new methodologies for health work. This action proposed wheels of conversations from the methodology of questioning, working the construction of knowledge through the experience of meaningful experiences of the daily work of the participants. The participants were able to rethink and revise their work process, glimpsed other possibilities to promote health

[1]Cirurgiã-dentista, professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Professora do curso de Residência Integrada em Saúde Bucal da UFRGS. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS. E-mail: fabianaspires@gmail.com

[2]Cirurgiã-dentista, professora adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gal_sf@hotmail.com

[3] Cirurgião-dentista, professor sênior da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. E-mail: botazzo@usp.br

care that emerged from their own criticisms and reflections, by the exercises of questioning, dialogue and, consequently, the transformation of work, basic precepts of the movement of permanent education in health (PEH). The Seminars pointed to an autopoiesis built in and for work and stimulated new configurations of being and doing in health by an investment of the worker itself and about its work process. This action of PEH resulted in recognition of itself at work, because it formalized a space-time for the debate, recognizing weaknesses and forces and reconfiguring pathways in the daily micropolitics of work in health.
**Key Words:** Education, Continuing. Delivery of Health Care. Health Personnel.

**Resumén**
Este artículo destaca el proceso de construcción de una red colaborativa entre trabajadores, gestión e investigadores a partir de acciones de Educación Permanente en Salud. Tiene el objetivo de relatar el desarrollo de los Seminarios Autopoiéticos y tejer reflexiones sobre su potencial disparador de nuevas metodologías para el trabajo en salud. Esta acción propuso ruedas de conversaciones a partir de la metodología de la problematización, trabajando la construcción de conocimientos por la vivencia de experiencias significativas del cotidiano de trabajo de los participantes. Los participantes pudieron repensar y revisar su proceso de trabajo, vislumbrado otras posibilidades para promover cuidado en salud que emergían de sus propias críticas y reflexiones, por los ejercicios de la problematización, del diálogo y, consecuentemente, de la transformación del trabajo, preceptos básicos del movimiento de la educación permanente en salud. Los seminarios apuntaron a una autopoiese ía construida en el trabajo y estimularon nuevas configuraciones del ser y del hacer en salud por una inversión del trabajador en sí y sobre su proceso de trabajo. Esta acción de EPS resultó en reconocimiento de sí en el trabajo, pues formalizó un espacio-tiempo para el debate, reconociendo fragilidades y fuerzas y reconfigurando recorridos en la micropolítica cotidiana del trabajo en salud.
**Palabras clave:** Educación Continua. Asistencia a la Salud. Profesionales de salud.

## Introdução

No ano de 2014, o coletivo de pesquisadores do Projeto de Pesquisa "Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal: possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde" (FAPESP: 2013/1166-82; CNPq: 403153/2012-3; CAEE: 34238414.0.0000.0075) – Projeto Inovação – conduziu uma série de sessões temáticas com a participação de cirurgiões-dentistas de todas as regiões de saúde do estado de São Paulo, incluindo Consórcios e Redes. Essa ação se chamou: "Seminários Autopoiéticos: duas ou três coisas que eu sei sobre a produção do cuidado em saúde".

Partiu-se da premissa de que um encontro em saúde deva ser pedagógico e pautado por uma didática que destaque processos de escutar-tratar-cuidar. A Educação Permanente em Saúde (EPS) representa uma estratégia indispensável para a transformação do trabalho em saúde, no sentido de torná-lo crítico, reflexivo, propositivo, compromissado e tecnicamente competente (CECCIM, 2005; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Ao compreender a educação 'no' e 'para o' trabalho como pressuposto da proposta da EPS, a experiência dos seminários desenvolvidos buscou extrair e construir, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica a partir de encontros dialógicos e criativos entre os trabalhadores participantes.

Desta forma, integrando serviços de saúde e pesquisa, a participação nos Seminários Autopoiéticos destacou as potencialidades e dificuldades a partir da realidade de cada participante, para: I - construir novos percursos para a produção do cuidado e II - promover ampla articulação com

troca de experiências entre pesquisadores e equipes de saúde bucal dos Departamentos e Regiões de Regiões de Saúde do estado de São Paulo.

A Política Nacional de EPS (BRASIL, 2007) destaca a necessidade do desenvolvimento de práticas baseadas na aprendizagem significativa, elaborada de acordo com a problematização do cotidiano dos serviços de saúde com o intuito primordial de modificá-las. A EPS configura-se, assim, como um processo formativo que se desdobra no próprio trabalho, a partir das problemáticas reais, nos territórios e no cotidiano dos serviços, como possibilidade de formação e resolução dos problemas encontrados.

Ao propor uma reordenação para a formação dos trabalhadores, visando continuamente consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), ações de EPS colocam o trabalho em análise e estimulam a utilização de uma 'pedagogia em ato', com potencial para gerar mudanças nas práticas de atenção, gestão e participação (SCHWEICKARDT et al., 2015).

As ações com trabalhadores desenvolvidas pelo projeto apontaram claramente a necessidade de se estabelecer um espaço-tempo para discussões sobre o trabalho com os profissionais da saúde. A iniciativa da organização dos Seminários, caracterizados como ações de EPS, possibilitou o retorno devido para aqueles que compartilharam suas práticas em saúde.

A partir das discussões sobre os resultados e produtos da pesquisa realizada (BOTAZZO, 2015), uma aproximação inicial com os serviços de saúde do estado de São Paulo tomou fôlego e possibilitou a organização conjunta do coletivo de pesquisadores envolvidos no projeto com a Coordenadoria de Planejamento de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CPS/SES – SP), o que viabilizou a realização dos Seminários.

Este texto não busca explorar em análises os produtos ou inovações que surgiram destes Seminários e que retornaram aos serviços de saúde, mas sim, destacar o processo de construção de uma rede colaborativa entre os trabalhadores envolvidos, a gestão e os pesquisadores, a partir de resultados de pesquisa obtidos.

Destaca-se que o objetivo do presente artigo é relatar o desenvolvimento dos Seminários Autopoiéticos e os desdobramentos desses encontros, compreendidos como disparadores de reflexões e de novas pedagogias e metodologias para o trabalho em saúde, tendo em vista a concepção dos serviços de saúde como produtores de tecnologias de cuidado no cotidiano de suas práticas.

**Metodologia**

Os seminários aconteceram na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP) em cinco encontros, com aproximadamente 70 participantes em cada sessão, reunindo representantes de todas as regiões de saúde de São Paulo. Tais encontros ocorreram de maio a outubro de 2014 e tiveram 40 horas de carga horária total. As sessões foram divididas por temáticas e

atividades com seis horas de duração. Por se tratar de uma ação de extensão em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, os municípios recebiam a programação do Seminário e procediam a inscrição dos servidores, por vezes em todas as sessões ou em uma, dependendo do interesse do participante pelos temas abordados ou a conveniência da agenda para a gestão estadual e/ou municipal.

Organizou-se, em um primeiro momento, rodas de conversas sobre o cuidado em saúde com um 'expert' que explanava um tema disparador e, a partir desse tema, os participantes eram convidados a problematizar e dialogar sobre seus cotidianos de trabalho em grupos menores, expondo ao coletivo. Ao final de cada sessão, o caminho percorrido pelo grupo, os problemas debatidos e as possibilidades de gestão ou de processo de trabalho inovadores que surgissem.

O principal objetivo desses encontros foi promover uma ambiência de reflexão sobre a prática em saúde bucal no cotidiano dos serviços de saúde aos quais os participantes estavam vinculados. O desafio proposto ao grupo foi trazer para o centro da discussão, em pequenos grupos, novos olhares sobre o processo de trabalho, abrindo espaços de fala e escuta, recriando um espaço colaborativo no qual o foco da atenção foi o olhar para si e para a própria produção na saúde.

Utilizou-se como método a problematização (BORDENAVE; PEREIRA, 2002), trabalhando uma construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas do cotidiano de trabalho em saúde dos participantes, exploradas nas sessões dos seminários.

Compreendeu-se que para ser significativo o conteúdo dos Seminários devia-se relacionar a conhecimentos prévios dos participantes, exigindo desses uma atitude favorável capaz de atribuir significado próprio aos conteúdos assimilados, e da equipe de pesquisadores/ativadores, uma tarefa mobilizadora.

**Resultados e discussão**

Os Seminários Autopoiéticos foram organizados de modo a permitir e induzir a problematização das práticas experienciadas pelos sujeitos participantes. Os encontros seguiram uma organização dialógica, em que os envolvidos puderam conversar de modo livre, sem regras ou amarras, entre si e com o coletivo de pesquisadores envolvidos com o Projeto Inovação.

Compreendendo a necessidade de discutir com a rede de saúde bucal do estado de São Paulo os resultados do estudo (lócus das ações do projeto) e acreditando no potencial da inovação proposta, o coletivo de pesquisa vinculado ao Projeto Inovação no município de São Paulo (Inova Sampa) mobilizou-se para viabilizar 'diálogos problematizadores' com os atores da rede estadual de saúde bucal. Ao incentivar o debate e a reflexão crítica sobre suas práticas, essas atividades buscavam estimular a produção de si no trabalho, tendo como pano de fundo as possíveis mudanças nos processos de produção do cuidado em saúde bucal.

Utilizando-se da metodologia de problematização (BORDENAVE; PEREIRA, 2002) a partir de problemas extraídos da realidade pela observação realizada pelos participantes, os questionamentos (por exemplo: o que acontece na sua prática de cuidado em saúde?) puderam gerar novas informações, mediante processos de análise e síntese, formulados pela observação da realidade de cada participante com todas as suas contradições.

A denominação Seminários Autopoiéticos surgiu na concepção da proposta e trouxe consigo a intenção de estimular e organizar espaços coletivos e colaborativos nos quais seus integrantes produzissem, a partir de suas reflexões, processos singulares de recriação do seu trabalho em saúde, como resultante deste olhar para si no mundo do trabalho, para a rede que cada um constitui ao constituir-se como trabalhador da saúde.

Buscou-se aporte teórico nos autores Maturana e Varella (1997) para o entendimento das organizações e sistemas vivos – por vezes chamado de novo pensamento sistêmico – para delinear esta proposta de EPS. Segundo os autores, as relações entre os componentes de um sistema vivo são relações de produção e existem como processos, mas não é o "fluxo de matéria ou fluxo de energia, nem nenhum componente particular com propriedades especiais, o que de fato faz e define o ser vivo como tal" (MATURANA; VARELA, 1997, p. 15).

A definição de um ser como vivo implica ter uma ideia, ainda que implícita, de sua organização e pressupõe que exista algo em comum entre o que é considerado vivo. Esse algo em comum que há entre os considerados seres vivos é a capacidade de, literalmente, produzirem-se continuamente a si mesmos, o que Maturana e Varela (1997) chamam de organização autopoiética. Compreende-se que a autopoiese, caracterizada pela autonomia e circularidade autorreferencial dos processos, é a maneira particular como os componentes de uma máquina vivente operam e o que faz dela um ser vivo (GUÉRON, 2012). O trecho a seguir, de certa forma, traz uma síntese desse pensamento:

> Por sistema vivo entende-se aquele que, mantendo sua organização distinta por um observador (identidade sistêmica), realiza câmbios em sua estrutura (elementos constituintes) no processo de produção de si mesmo (autopoiese). Por serem abertos ao fluxo de matéria e energia, os sistemas autopoiéticos realizam seus câmbios estruturais a partir de interações com outros sistemas, ou acoplamentos estruturais (DAL MOLIN; FONSECA, 2008, p. 100).

Sendo assim, este artigo não tem a pretensão de discutir elementos da história do pensamento sistêmico, até chegar-se ao conceito de sistema autopoiético, mas de apoiar-se nesse entendimento para discutir as ações em saúde com os trabalhadores em saúde.

O desenvolvimento das sessões estimulava novas possibilidades de acesso a outras formas e outras versões das próprias formas de trabalho de cada um, como um exercício em seu processo mesmo.

Pode-se afirmar que a problematização como método dos Seminários possibilitou que se trilhasse um itinerário significativo, potente como espaço para refletir sobre os próprios problemas, com vistas a encontrar soluções e/ou alternativas em um processo educativo que ocorreu no trabalho (CARVALHO et al., 2011; SILVA; PEDUZZI, 2011). De maneira distinta dos usuais cursos que oportunizam mais acesso à informação, esta ação de EPS permitiu a reflexão sobre as situações do cotidiano viabilizando o comprometimento dos trabalhadores com a resolução dos nós críticos do trabalho.

Desse modo, os seminários evidenciaram que aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho em que ambos são configurados como "processos vivos, produtores de relações, ativadores de práticas de pensamento, interrogadores do dia a dia" (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 76).

O potencial da problematização da experiência encontra-se na reflexão que se faz sobre o vivido (FEUERWERKER, 2012), como um processo que privilegia a troca de conhecimentos, de saberes e de experiências em um contexto social compartilhado. Esta forma de perceber e desenvolver a atividade funda-se na premissa de que todos têm um saber apriorístico que, ao estabelecerem uma relação dialógica e educativa, direcionam seus conhecimentos para uma convergência: a mudança individual e coletiva e assim uma transformação da realidade de maneira crítica e criativa (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

Além disso, ao participar da proposta dos seminários, os trabalhadores reforçaram o conhecimento de que as relações que se estabelecem no cotidiano das práticas em saúde geram um campo fértil para a problematização, configurando o trabalho como local concreto de discussão, análise e reflexão das práticas (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

As concepções pedagógicas transformadoras apostam na construção da aprendizagem significativa pautada na problematização das práticas, na autonomia dos sujeitos, horizontalizando relações com vistas a estabelecer relações de descobertas e construções. São modos de ver e fazer a saúde muito próximos ao vivido no cotidiano dos serviços de saúde e operam nos trabalhadores o que seus potencias críticos e reflexivos têm de melhor: o capital social e pessoal de produção de cuidado em saúde (CECCIM, 2005; FARIA, 2008; MITRE et al., 2008).

Para além de possíveis produtos ou processos de trabalho que tenham sido desenvolvidos pelos participantes em seus locais de trabalho, o resultado da experiência pode ser avaliado pelo potencial criativo e transformador, pela assunção dos sujeitos envolvidos. A experiência pode ser analisada a partir da:

> educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de

> cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo) (MERHY, 2005, p. 172).

Ao final de cada sessão, os participantes foram estimulados a avaliar criticamente a atividade de forma voluntária e escrita. Nos textos, foram recorrentes os termos: “prazeroso”, “enriquecedor”, “produtivo”, “partilha”, dentre outras. Além disso, o espaço dos Seminários Autopoiéticos foi adjetivado como “refúgio” e “fuga” do aprisionamento dos serviços, permitindo a reflexão sobre a prática que, muitas vezes, é reproduzida acriticamente devido à “captura” dos sujeitos trabalhadores no cotidiano.

Compreende-se que o potencial para explorar respostas às necessidades de saúde da população, a busca pela qualidade na produção do cuidado e no fortalecimento do SUS foram propulsores do engajamento dos trabalhadores nas atividades, permitindo vivências de pertencimento e reconfigurando o trabalho como espaço de problematização, diálogo e reflexão.

Os participantes expressaram seu bem-estar e sintonia com a proposta por descobrirem-se como possíveis construtores de mudanças e transformações na perspectiva da integralidade e nas relações, nos processos, nos atos de saúde.

Ao libertar-se dessas amarras no encontro dos ’pares’ em um ambiente distinto, os participantes puderam repensar e rever o seu processo de trabalho, enxergando as possibilidades para promover um cuidado em saúde pautado por uma inovação, que poderia emergir de suas próprias críticas e reflexões, pelos exercícios da problematização, do diálogo e, consequentemente, da transformação das diversas realidades de trabalho, preceitos básicos do movimento de EPS.

Entende-se que a autopoiese deste processo está nas novas configurações no e para o trabalho que emergem do processo de falas e escutas dos participantes no grupo. A ação de EPS resultou em reconhecimento de si no trabalho, pois formalizou um espaço-tempo para o debate entre os pares, reconhecendo fragilidades e forças e reconfigurando ou ajustando percursos na micropolítica cotidiano do trabalho em saúde.

Como organismo ou sistema vivo, os trabalhadores participantes olham para o seu processo de trabalho, para a rede de atenção que saúde que formam e a reconstroem a partir do entendimento de serem constituintes desta trama. O processo de trabalho passa a ser reconhecido por sua organicidade e plasticidade ao ultrapassar protocolos (clínicos) e revestir-se ou desnudar-se em uma produção de si no trabalho.

A inovação proposta pelo coletivo do Projeto Inovação encontrou eco nas falas e posturas dos participantes das sessões e grupo dos Seminários Autopoiéticos. Ao ofertar espaço aberto para discussões, aproximando tanto os resultados da pesquisa quanto concepções teóricas aos grupos de trabalhadores da saúde, criou um ambiente de pertencimento, descoberta e crítica entre os participantes das sessões. Foi notória uma profusa troca de experiências sobre as práticas em saúde

nos locais envolvidos e a concreta possibilidade apresentada pelos pesquisadores e pelos participantes de se constituir práticas de uma clínica ampliada de saúde bucal nos serviços do SUS, bem como uma nova abordagem pedagógica para a integração ensino-serviço.

As discussões deste coletivo no âmbito dos Seminários integrados, abrangendo trabalhadores e gestores do SUS, pesquisadores e docentes da graduação e pós-graduação permitem destacar a importância das ações de EPS na formação dos trabalhadores. A experiência apontou para a potência que tem a aproximação dos trabalhadores com outras realidades (na mesma região de saúde ou em locais distantes) na direção de reprocessar seus fazeres e saberes. Os encontros estimulavam uma produção colaborativa e por vezes identitária, movendo os trabalhadores do isolamento da clínica para lançá-los no desafio de coproduzir o cuidado, redimensionar protocolos de atenção à saúde, perceber-se no espaço micropolítico do trabalho e assumir o papel de cogestão no trabalho nas Unidades de Saúde.

Por vezes, acreditou-se que o investimento do coletivo de pesquisadores na proposta dos seminários seria frustrado, pois solicitava uma contrapartida institucional (liberação dos trabalhadores para a participação, recursos financeiros para o deslocamento destes desde seus municípios até as dependências da Universidade). No entanto, a adesão dos trabalhadores à proposta foi imediata e expressiva, pois a cada encontro o número de participantes era maior.

A questão que se desponta desta análise é o quanto estes espaços são pouco estimulados ou fomentados nas práticas de saúde. Além disso, há um número expressivo de pesquisas realizadas nos serviços de saúde, tendo-os como cenário, porém, por vezes, sem uma devolução de resultados que tenha força para catalisar mudanças responsáveis no cuidado em saúde, inequivocamente, orientadas para as necessidades da população e para os processos de trabalho.

Assim, a autopoiese pretendida na organização das sessões temáticas e a metodologia de trabalho para os grupos com coproduções, mostraram-se geradoras de afetos, de assujeitamento e de empoderamento dos trabalhadores sobre seus percursos, suas relações de trabalho com o outro e na rede de saúde.

Acredita-se que as ações de EPS devam ser potentes para gerar no trabalhador e, sobretudo, no seu cotidiano de produção do cuidado, transformações da prática. Como em um movimento circular, constitui-se no trabalhador uma capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações no trabalho.

**Considerações finais**

O desafio de mobilizar coletivos de trabalhadores da saúde com questões problematizadoras e disparadoras de novos fazeres nesta ação de EPS foi dual, pois trouxe aos participantes momentos distintos de estranhamento e de identidade. Buscar no trabalhador respostas para os problemas que

surgem no cotidiano do trabalho em saúde é deslocar ou mesmo inverter a lógica da educação continuada, tradicionalmente ancorada em palestras, capacitações ou transmissão vertical de conhecimento.

Compreende-se que as ações de EPS expressam um investimento do trabalhador sobre seu processo de trabalho. São movimentos desejáveis para a cogestão em saúde, assim como podem potencializar encontros e identidades no fortalecimento de redes de atenção. Esta experiência mostrou quão premente são os espaços de debate, trocas, falas e escutas para os trabalhadores da saúde.

Outro ponto de destaque desta experiência foi a aproximação dos resultados de uma pesquisa que se deu nos serviços de saúde com o desenvolvimento, em parceria com a gestão estadual, de um produto tangível aos trabalhadores.

A experiência suscita o desenvolvimento de pesquisas para qualificar as inovações e produtos que decorrem de ações de EPS como esta, visto que expressam um movimento que não se esgota em si. Por sua potencialidade de inovação, o processo estimulado pelos Seminários Autopoiéticos permitiu captar fluxos de conexão entre os sujeitos nas cenas do trabalho, nas quais a ação de alguns pode/deve complementar a ação de outros e vice-versa, no cotidiano do trabalho e na constituição de redes de atenção para a gestão do cuidado em saúde.

É no emaranhado da produção do trabalho e do cuidado, de saberes, fazeres, subjetividades e singularidades que se constitui o trabalhador de saúde. Cabe a todos promover, estimular e discutir estes processos, superando as barreiras e dificuldades inerentes aos movimentos flutuantes de descobertas e construções que perpassam o campo da saúde e do trabalho.

**Referências**


BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

BOTAZZO, C. et al. **Inovação na produção do cuidado em saúde bucal**: possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório Técnico. São Paulo, 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

CARVALHO, B. G. Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 132-141, 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.,** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

DAL MOLIN, F.; FONSECA, T. M. G. Autopoiese e Sociedade: a posição estratégica do desejo na gestão de uma rede social. **Psico (Porto Alegre),** Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 100-106, 2008.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde:** Brasil, 1997-2006. 2008. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. M. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação [Tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2012.

GUÉRON. R. Filosofia Política de Deleuze e Guattari: as relações com Marx. **Revista Lugar Comum.**, Rio de Janeiro, v. 37-38, p. 157-172, 2012.

MATURANA, H.; VARELA, F. **De máquinas e seres vivo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Edit.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UFRJ: ABRASCO, 2011. p. 13-35.

SCHWEICKARDT, J. C. et al. Educação permanente me saúde: desenvolvimento do trabalho e de trabalhadores no âmbito do sistema único de saúde. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (Org.). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde:** saberes e fazeres no território do Amazonas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 55-86.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.1018-1032, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Docência na saúde:** uma proposta didático-pedagógica. Brasília, DF: UFRGS/MS, 2015. 297p.

# Experiências docentes e discentes

## SAÚDE E CIDADANIA NA ESCOLA: EXPERIÊNCIAS INOVADORAS QUE PROMOVEM O BEM VIVER

## HEALTH AND CITIZENSHIP AT SCHOOL: INNOVATIVE EXPERIENCES THAT PROMOTE *BUEN VIVIR*

## SALUD Y CIUDADANÍA EN LA ESCUELA: EXPERIENCIAS INNOVADORAS QUE PROMOCEN EL BUEN VIVIR

Camila Giugliani[1]

Eliane Maria Teixeira Flores[2]

Kátia Teresa Cesa[3]

Vania Roseli de Mello[4]

Jandira Roehrs Santana[5]

Patrícia Genro Robinson[6]

Cristiane Nunes Pereira[7]

Nilvo Masulini[8]

**Resumo**

Este artigo traz o relato de uma experiência de promoção da saúde e da participação social junto às crianças de uma escola pública de Porto Alegre, RS. Inserida no contexto de uma pesquisa-ação do Movimento pela Saúde dos Povos, a intervenção na escola reuniu também instituições de ensino e a Unidade Básica de Saúde

[1] Médica de Família e Comunidade, professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Integrante do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). E-mail: giugli@hotmail.com

[2] Cirurgiã-dentista, doutora em Educação em Ciências Bioquímicas, mestrado em Saúde Coletiva, especialização em Saúde Coletiva e em Análise Institucional. Professora do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. Integrante do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). E-mail: elianetl@terra.com.br

[3] Cirurgiã-dentista, educadora popular, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Integrante do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). E-mail: katiacesa@hotmail.com

[4] Psicóloga, sanitarista, professora adjunta de Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vaniarcmello@gmail.com

[5] Técnica em Enfermagem, trabalhadora do Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família (IMESF), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jandars@hotmail.com

[6] Psicóloga, docente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Integrante do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). E-mail: patriciagrobinson@gmail.com

[7] Graduanda do curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cristianenp2013@gmail.com

[8] Graduando do curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nilvomas@gmail.com

do território, com seu Programa Saúde na Escola. Guiadas pelos princípios do bem viver e do biocentrismo, as atividades realizadas se centraram nos conceitos e práticas da permacultura e da arte-educação. Nessa experiência, destaca-se o processo de construção coletiva de cada atividade, com suas potencialidades e desafios. Com o propósito de despertar em todos os participantes o senso de pertencimento à natureza e à sociedade solidária, planeja-se a continuidade do trabalho, com a possibilidade de ser inspiração para outras escolas e outras comunidades.
**Palavras-chave**: Promoção da Saúde. Participação Social. Programa Saúde na Escola. Estratégia Saúde da Família.

**Abstract**
This paper reports on an experience of health promotion and social participation among the children of a public school in Porto Alegre, capital city in the South of Brazil. In the context of an action research of the People's Health Movement, the intervention in the school also gathered universities and the Primary Care Unit of the territory, with its Health in the School Program. Guided by the principles of *buen vivir* and of biocentrism, the activities focused on the concepts and practices of permaculture and art education. In this experience, the process of collective construction of each activity, with its potentialities and challenges, stands out. In order to arouse in all the participants the sense of belonging to nature and to a society that stands on solidarity, the work is to be continued, with the possibility of inspiring other schools and other communities.
**Keywords:** Health Promotion. Social Participation. Health in School Program. Family Health Strategy.

**Resumen**
En este artículo se cuenta el relato de una experiencia de promoción de la salud y de la participación social junto a los niños de una escuela pública de Porto Alegre, una grande capital del sur de Brasil. Inserida en el contexto de una investigación-acción del Movimiento por la Salud de los Pueblos, la intervención en la escuela reunió también universidades y la Unidad de Atención Primaria en salud del territorio, con su Programa Salud en la Escuela. Guiadas por los principios del buen vivir y del biocentrismo, las actividades realizadas se centraron en los conceptos y prácticas de la permacultura y del arte-educación. En esta experiencia, se destaca el proceso de construcción colectiva de cada actividad, con sus potencialidades y desafíos. Con el propósito de despertar en todos los participantes el sentido de pertenencia a la naturaleza y a la sociedad solidaria, se planea la continuidad del trabajo, con la posibilidad de ser inspiración para otras escuelas y otras comunidades.
**Palabras clave**: Promoción de la Salud. Participación Social. Programa Salud en la Escuela. Estrategia Salud de la Familia.

## Uma pesquisa do Movimento pela Saúde dos Povos

O Movimento pela Saúde dos Povos (*People's Health Movement*) é uma rede de organizações e pessoas comprometidas com a realização do direito à saúde no mundo. Sua fundação, no ano 2000, deu-se mediante a conjunção de movimentos populares do mundo todo, preocupados com o distanciamento da meta "Saúde para Todos no ano 2000", firmada na Conferência Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata em 1978[1]. O Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), dentre suas ações, está comprometido com a produção e a disseminação de conhecimentos que contribuam para um ativismo mais efetivo na busca pela saúde para todos. Nesse contexto, nasceu a pesquisa *Civil Society Engagement for Health for All* – Engajamento da Sociedade Civil para a Saúde para Todos, financiada pelo *International Development Research Centre* (IDRC) do Canadá[2].

Essa pesquisa tem como objetivo compreender como a sociedade civil pode ser mais efetiva, em termos de mecanismos, processos e práticas, nas suas atuações em busca da saúde para todos.

[1] Para mais informações, ver website do *People's Health Movement*: <www.phmovement.org>.
[2] International Development Research Centre: <https://www.idrc.ca>.

Envolve seis países: Brasil, Colômbia, Itália, República Democrática do Congo, África do Sul e Índia. Cada país, organizado em torno do seu círculo do MSP, desenvolve localmente a pesquisa de acordo com as características e necessidades do contexto em que se insere. A pesquisa se desenvolveu em duas fases: uma primeira de exploração e compreensão do contexto do ativismo local (dimensão exploratória); e uma segunda de ação, trazendo propostas de intervenção para fortalecer o ativismo em busca da saúde para todos (dimensão participativa).

No Brasil, três núcleos do MSP participaram colocando em prática a pesquisa de acordo com a sua realidade. No Maranhão, o eixo central foi a atuação para construção e fortalecimento do MSP na zona rural e na capital, com base na educação popular. No Sudeste, a organização não governamental ACT Promoção da Saúde[1], avaliou seu processo de *advocacy* e se organizou para construir a Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável[2]. Em Porto Alegre, a pesquisa teve como foco a participação social na saúde, explorando o contexto do controle social na primeira fase e construindo uma intervenção na segunda fase.

O tema do presente texto é a intervenção que constitui a segunda fase dessa pesquisa em Porto Alegre. Ao final da primeira fase, realizamos um seminário convidando todos os participantes: a equipe da pesquisa, trabalhadores, usuários e gestores do setor saúde de dois distritos da capital: Glória-Cruzeiro-Cristal e Partenon-Lomba do Pinheiro.

Nesse encontro, as análises da exploração do contexto foram discutidas e foi possível chegar a algumas assunções comuns a respeito da participação social na saúde. A partir de uma delas, a de que é necessário sensibilizar e envolver a população jovem nos espaços de participação social, pois os atuais mecanismos necessitam de novas representações, deu origem à segunda fase da pesquisa, materializada na intervenção que será descrita.

A partir do seminário de encerramento da primeira fase, diversos encontros se seguiram e foi nascendo uma ideia, que aos poucos foi se tornando real. O local da intervenção foi escolhido em função da disponibilidade e do interesse das pessoas que estariam envolvidas, demonstrados no seminário e nas reuniões subsequentes. Conforme a ideia foi ganhando forma, criamos também projetos de extensão universitária na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), envolvendo também a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

**Preâmbulo conceitual: bem viver, alegremia, biocentrismo, permacultura e agrofloresta**

Para entendermos a intervenção objeto deste texto, é importante conhecer os conceitos que a guiam. A experiência que relatamos tem como base o significado do *buen vivir*, ou, para nós, bem

[1] ACT Promoção da Saúde: <http://actbr.org.br/>.
[2] Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável: <https://alimentacaosaudavel.org.br/>.

viver, e as implicações práticas que a sua apropriação pode trazer. A alegremia e a permacultura se inserem no conceito de bem viver e ajudam a desenvolvê-lo de forma concreta. Acreditamos serem estas ferramentas importantes para a promoção da saúde e da cidadania, rumo à construção e permanente alimentação de um verdadeiro senso de pertencimento social.

*Buen Vivir* – Sumak Kawsay – é uma expressão que vem dos povos ancestrais da América Latina, onde o sentir-se bem se traduz como um sentimento de pertencimento à natureza, *Pachamama*. O bem viver é um projeto político de vida; é o processo de satisfação e bem-estar coletivo para potencializar a vida em equilíbrio com a natureza e o cosmos para alcançar a harmonia. É um projeto político cuja prática leva ao exercício da descolonização e da despatriarcalização, assim como à emancipação das opressões.

O projeto do bem viver se materializa em torno de alguns princípios, que caracterizam a sua natureza harmoniosa e solidária (CONFLUENCIA NUEVO B´AQTUN, 2014):

- princípio dos acordos: baseado na prática do diálogo, que permite estabelecer acordos que se renovam constantemente;
- princípio da convivência: reivindica a cosmoconvivência, que é a relação de equilíbrio, harmonia e respeito mútuo entre os seres visíveis e invisíveis da natureza e do cosmos;
- princípio da coletividade: somos seres coletivos, capazes de articular as diferentes identidades, reconhecendo e respeitando as individualidades e as diferenças - potencialidades, habilidades, pontos de vista, pensamentos, sentimentos, entre outros;
- princípio do equilíbrio: os seres estabelecem acordos que se renovam a cada ciclo para procurar um balanço; requer reciprocidade, respeito, equidade em distintos âmbitos, assim como reconhecimento das diferenças como dinâmicas para as transformações coletivas;
- princípio da reciprocidade (*Tz.'onoj*): saber dar e receber; é a cooperação, o intercâmbio e a corresponsabilidade no cuidado com a vida; trata-se de reciprocidade entre mulheres e homens no cuidado da vida, desde a infância até a velhice, nas suas múltiplas tarefas e dimensões materiais e afetivas;
- princípio da aprendizagem (*Pixab.'*): compartilhar os ensinamentos e sabedorias da natureza, bem como as experiências das pessoas, como parte de um sistema permanente de aprendizagem, decisão e ação, de aprender fazendo; é um compromisso e uma responsabilidade pessoal e coletiva.
- princípio da ação (*Kojonik*): aplicar todos os princípios em todo momento de nossas vidas; é a coerência entre o discurso e a prática; é a vinculação do pessoal com o político, do íntimo com o transcendente;
- princípio da harmonia: prática inerente e integral de todos os outros princípios.

No caminho de construção do bem viver, vamos gradualmente elevando a nossa alegremia. Alegremia é uma palavra nova, significa a alegria que circula em nossa corrente sanguínea. Foi criada

em 1996 por um grupo de mulheres camponesas no norte da Argentina, num exercício de perceber que a saúde não pode ser medida apenas por parâmetros como glicemia ou colesterolemia. Segundo esse grupo de mulheres, a alegremia é composta pelos vários "A"s que representam as necessidades vitais indispensáveis: água, ar, abrigo/albergue, alimento, amor, arte e aprendizagem (MONSALVO, 2007).

O conceito e o profundo significado da alegremia têm sido difundidos e trabalhados por toda a América Latina. Citando o médico, educador e comunicador 'alegrêmico' Julio Monsalvo, quem primeiro sistematizou e difundiu o conceito, de que não é possível viver bem e ser saudável quando o solo não está saudável, quando árvores e plantas não estão saudáveis, quando os animais não estão saudáveis (MONSALVO, 2014). Payan e Monsalvo (2009) nos lembram que a saúde não é individual, é dos ecossistemas, que todas as formas de vida estão interligadas e devem ser igualmente respeitada. Esta é a visão biocêntrica, em contraponto à visão antropocêntrica, onde a natureza é vista como uma fonte de recursos para beneficiar os seres humanos. Assim, para conquistarmos saúde, nesse novo paradigma, é necessário mudar a cultura do crescimento econômico focado no homem, que desconsidera e desrespeita as outras formas de vida. É preciso transformar a cultura antropocêntrica em biocêntrica.

O paradigma do antropocentrismo coloca o ser humano como centro de tudo, como dono da natureza, baseia-se na cultura patriarcal, onde predominam a hierarquia, o poder, a dominação e o controle. A cultura antropocêntrica pode ser caracterizada pelos três "EX": exploração, exclusão e extinção. É a cultura hegemônica nos nossos tempos. Em contraponto, temos o biocentrismo, baseado na cultura matrística, do pertencimento, onde somos parte da natureza e não donos dela. Na cultura biocêntrica, o ser humano tem entusiasmo por defender a vida, em todas as suas formas.

Nesse contexto, insere-se a permacultura, conceito diretamente ligado à sustentabilidade. Criado na década de 1970 pelos ecologistas australianos Bill Mollison e David Holmgren[1], a ideia se baseia no planejamento de sistemas em escala humana que sejam criados em total harmonia com a natureza. Descobriu-se que as florestas são de fato muito mais importantes para o ciclo do oxigênio do que antes se imaginava. De acordo com os princípios da permacultura, é principalmente das florestas que dependemos para proteger-nos de uma condição anárquica. É papel das florestas, por exemplo, moderar calor e frio excessivos, regular a poluição e criar solos. Junto com a permacultura, introduz-se o conceito de agrofloresta: um sistema ancestral de uso da terra que imita o que a natureza faz normalmente, com o solo sempre coberto pela vegetação, muitos tipos de plantas juntas, umas

[1] Introdução à permacultura por Bill Mollison. Panfleto I da Serie Curso de Design em Permacultura. Disponível em: <https://www.ecocentro.org/wp-content/uploads/2016/02/I-Intro-Permacultura-Transcri%C3%A7%C3%A3o-B.-Mollison.pdf>.

ajudando as outras, sem problemas com pragas ou doenças, dispensando o uso de venenos[1]. A permacultura e a agrofloresta, portanto, materializam a noção de biocentrismo.

**Construindo uma intervenção na escola com a escola**

Para agregar outros e novos jovens atores na construção e no fomento à participação social na saúde, construímos uma intervenção em uma escola estadual de Porto Alegre. Em reunião de equipe na Unidade de Saúde da Família (USF) Santo Alfredo, apresentamos o projeto. A partir da discussão com a equipe, que já havia trabalhado em algumas escolas do território, a Escola Estadual de Ensino Fundamental Luiz de Azambuja Soares, que chamamos de Azambuja, foi escolhida para o nosso objetivo de promover saúde e aglutinar forças ativas e coletivas do distrito de saúde Partenon-Lomba do Pinheiro.

A escola Azambuja, localizada no bairro Partenon, abrange todo o ensino fundamental, do primeiro ao nono ano. Segundo dados do Censo de 2017[2], possui oito salas de aula e 24 funcionários. Suas dependências incluem uma grande área externa, com uma extensa floresta.

As rodas de conversas com as professoras e a direção começaram em março de 2017 e, durante três meses, debatemos sobre as conexões da saúde com a educação e as possibilidades de agir em conjunto, considerando a diversidade de conhecimentos e vivências que podemos agregar no espaço da escola. Pelo escopo do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2015), estamos propondo ativar a criatividade e a iniciativa por meio de atividades em formato de oficinas que interligam conhecimentos e práticas sobre o bem viver, agrofloresta, cidadania, cuidados com o corpo, promoção da cultura de paz e direitos humanos. Acreditamos que essas conexões podem ser disparadoras de outras formas de viver na atual sociedade competitiva, que incentiva o consumismo, o individualismo e a medicalização da saúde e da doença. Acreditamos na participação comunitária na saúde como um meio de transformação, em que a busca de um modo de vida mais solidário e cooperativo seja o motor da mudança.

Assim, uma primeira aproximação do coletivo em formação, envolvendo ativistas do MSP, instituições de ensino (UFRGS, UERGS, ESP/RS e PUCRS), USF Santo Alfredo, Conselho Local de Saúde (CLS) e Escola Azambuja, esta com seus professores, funcionários, estudantes e famílias, realizou-se no Dia da Solidariedade da Escola em 2017. Nesse dia, a comunidade da escola manifestou seus interesses, que motivaram uma primeira ação: a revitalização da floresta do pátio da escola como espaço de ensino/aprendizagem.

Nessa primeira ação, realizamos uma diversidade de atividades, em que cada movimento gerava mais entusiasmo para novas ações, numa roda viva de criatividade e dinamicidade. Foram

[1] Disponível em: <https://ipoema.org.br/2016/12/23/conceitos-de-agrofloresta/>.
[2] Disponível em: <https://www.escol.as/247905-luiz-de-azambuja-soares>.

momentos ricos de troca e aprendizado, iniciados com uma inspiradora visita à Horta Comunitária da Lomba do Pinheiro, que reuniu 150 alunos e professores, para vivências e observação do cultivo de temperos, plantas alimentícias não convencionais (PANCs), árvores frutíferas e plantas medicinais.

Foi realizado o concurso de criação do mascote e do nome do projeto, oficinas de compostagem, prática dos baldinhos com coleta de material orgânico nas moradias dos alunos, oficinas de plantio e jardinagem, preparo de sal temperado, oficinas de criatividade com argila, prática do Qigong, oficinas de saúde bucal e nutrição, encenação da peça de teatro 'Dom Lixote – O Dragão que Cospe Lixo', entre outras. Algumas delas descrevemos de forma mais detalhada abaixo. Em suma, o que vem sendo trabalhado nesse conjunto de atividades é o incentivo aos cuidados com o ambiente, o senso de pertencimento à comunidade-escola como grande motivador de ser um agente participativo do seu meio e da sua saúde, resultando na multiplicação de saberes pelos adolescentes.

No andamento do trabalho, a continuidade das ações planejadas vem sofrendo interrupções com certa frequência, seja pela chuva que afugenta as atividades ao ar livre, como pelo mau tempo presente nas questões de governança e de desmanche dos direitos instituídos: a educação pública e a saúde pública – fruto das intempéries políticas que atravessamos no momento atual. Paralisações, greves, falta de professores e de infraestrutura básica foram obstáculos para as atividades programadas, mas entendemos como parte do processo de uma construção que seja politicamente engajada no atual contexto.

Foto 1 – Visita à Horta Comunitária da Lomba do Pinheiro. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2017.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 2 – Conversa sobre plantas alimentícias não convencionais, temperos e plantas medicinais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2017.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 3 – Mascote do projeto, desenhado por um aluno da escola. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.

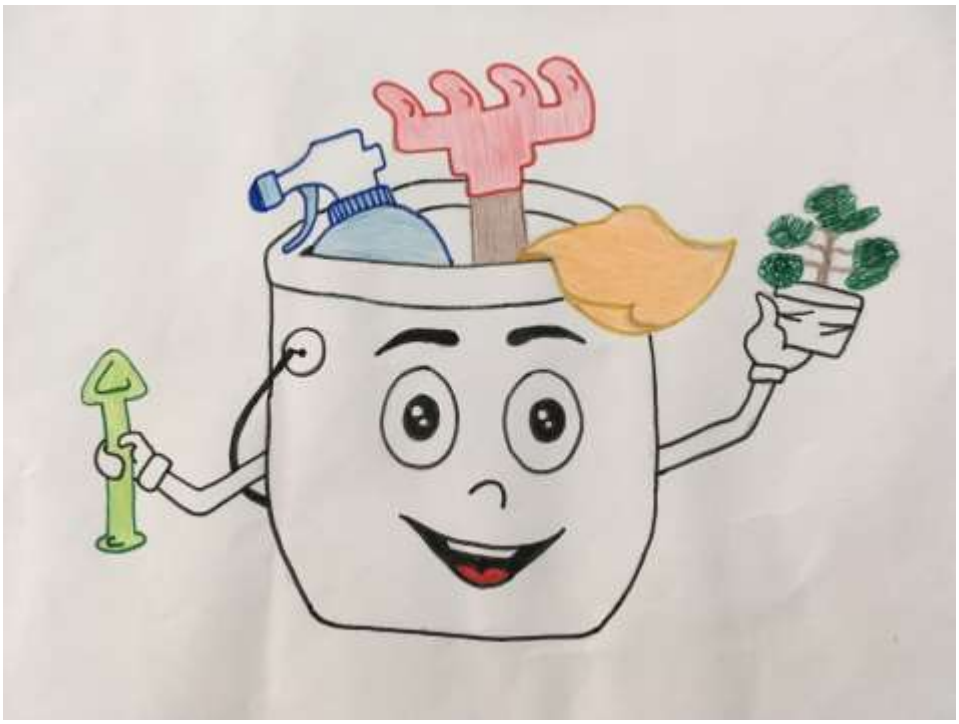


Foto de Kátia Teresa Cesa.

Foto 4 – Composteiras e a prática dos baldinhos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

**Interfaces com o Programa Saúde na Escola e a Estratégia Saúde da Família**

O início deste projeto acompanhou as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial instituída pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e desenvolvida pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007). O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2015).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para "o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade" (CUNHA et al., 2013, p. 4). Entre os objetivos do PSE, estão: sensibilizar a comunidade escolar e as equipes de saúde em relação às temáticas da participação social e da cidadania; realizar oficinas relacionadas à promoção da cultura de paz e direitos humanos, prevenção ao uso de álcool, e outras drogas, promoção da segurança alimentar e nutricional, entre outros. A estratégia do PSE busca estimular a gestão coletiva das ações a partir da participação de profissionais, alunos e comunidade, no território onde convivem. O compartilhamento do trabalho entre as equipes da escola e da saúde pode suscitar outros e novos sentidos para a produção de redes, saberes e solidariedade (BRASIL, 2015).

As ações do PSE que se desenvolvem nas escolas são realizadas pelas equipes de saúde da família do território correspondente. No caso da escola Azambuja, antes deste projeto, a Unidade de Saúde da Família (USF) Santo Alfredo já havia realizado diversas atividades, tais como: exames de acuidade visual, promoção da saúde bucal, promoção da alimentação saudável, entre outras. Com o início deste projeto, as ações na escola se ampliaram, e a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a incluir novas atividades no seu PSE, abrangendo ações na perspectiva da saúde integral, desenvolvendo novos conhecimentos e vivências que dizem respeito à solidariedade, à cidadania, à relação do ser humano com a natureza e ao meio ambiente. Além disso, a ampliação também se deu nas relações entre todos os participantes nessas ações. Já não eram mais atividades unicamente da USF, mas envolviam mais diretamente a comunidade escolar, assim como o conselho de saúde, as universidades e os movimentos sociais.

Um exemplo foi a atividade desenvolvida pelo grupo Hiperdia da USF Santo Alfredo. Este é um grupo educativo criado em 2011, coordenado por uma profissional da equipe de saúde, direcionado a usuários com hipertensão e/ou diabetes. É uma ferramenta para trabalhar questões de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados a essas patologias, bem como para fortalecer a autonomia dos usuários e o vínculo com a Unidade de Saúde, melhorando, dessa forma, o cuidado e a adesão aos tratamentos.

No âmbito deste projeto, em 2017, o grupo Hiperdia realizou uma oficina de sal temperado na escola Azambuja. Além de duas profissionais da ESF, participaram nove usuários (incluindo uma integrante do conselho local de saúde), a diretora da escola, uma professora, uma funcionária e uma integrante do MSP. A oficina foi desenvolvida com os estudantes, enfatizando-se a importância da relação entre crianças e pessoas idosas. Na oficina, foram distribuídos a receita e os temperos para preparar o sal (manjerona, salsa, cebola desidratada, alho, orégano, alecrim, sálvia e outros), reforçando-se também a importância de usar as PANCs, como a cúrcuma, para temperar a comida. O grupo conversou com os estudantes sobre os fatores de risco ligados ao consumo excessivo de sal e de alimentos como salgadinhos industrializados. Distribuídos em quatro grandes mesas no refeitório da escola, os escolares produziram seus sais temperados sob a orientação dos usuários do Hiperdia. Essa configuração determinou uma movimentação alegre de conversas entre todos os participantes. Um dos usuários do grupo lançou a proposta de criar uma horta para cultivar esses temperos na escola, oferecendo seus ensinamentos no cultivo de mudas.

Foto 5 – Oficina de sal temperado com o grupo Hiperdia da USF Santo Alfredo. Porto Alegre, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

**Permacultura e a conexão com a natureza e a espiritualidade**

Transformar a floresta da escola em sala de aula, além do resgate da área verde abandonada, coloca a alfabetização ecológica como teoria e prática, por meio do cultivo e uso de plantas medicinais e da utilização coletiva de um espaço contemplativo e de interação. Assim, o contato com a floresta se amplia, por meio de vivências práticas, em uma perspectiva de cultura de paz. Despertar a sensibilidade e o interesse das crianças pela natureza que as cerca, promovendo a curiosidade como uma propulsora do conhecimento, foi o nosso ponto de partida. A ênfase se dá na importância de aprender com a experiência.

Para pôr em prática essas ações, agregamos em nossa equipe um colega geógrafo e especialista em permacultura, que traz consigo uma longa experiência nas escolas públicas da cidade. Guiados por ele, constatamos a presença de uma bela floresta na área da escola e realizamos atividades de plantio das plantas alimentícias não convencionais (PANCs), compostagem e educação sobre princípios de sustentabilidade ambiental. A redescoberta de um microambiente tão rico no espaço escolar trouxe a importância e a motivação para que seja recuperado, cultivado, utilizado e preservado.

As oficinas de introdução à permacultura e à agrofloresta foram realizadas durante o segundo semestre de 2017 junto às turmas de terceiro, sexto e nono anos. De quinze em quinze dias estivemos presentes, exceto, pelas interrupções das greves às quais os professores da escola aderiram. As

crianças estavam sempre acompanhadas pelas professoras e por outros funcionários da escola. Filmamos todas as intervenções para fins pedagógicos, de comunicação e de divulgação. A participação dos estudantes foi autorizada pelos pais.

Com a turma do nono ano, fizemos a confecção das composteiras. Os mais dispostos e interessados aprenderam a manipular as ferramentas para preparo e plantio da terra, que é muito fértil, por ter sido bem cultivada no passado pela associação de mães do bairro. Para os jovens do sexto ano, propusemos a oficina dos baldinhos. Os jovens levavam para casa os baldinhos vazios e os traziam de volta depois de alguns dias, cheios de cascas de frutas e legumes, para serem depositados nas composteiras em camadas com folhas secas. As composteiras continuam sendo alimentadas, principalmente, pelas funcionárias, cozinheira e merendeira da escola.

Com essas oficinas, estamos todos aprendendo juntos sobre permacultura, compostagem e armazenamento de resíduos orgânicos, assim como estamos adquirindo novos conhecimentos sobre saúde ambiental, água, alimentação saudável, o PSE e a sua interrelação com a participação social e a cidadania.

Foto 6 – Conversas com as professoras ao longo do projeto. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 7 – Recuperando a floresta da escola. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 8 – Praticando a agroflorestal. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 9 – Redescobrindo floresta como espaço de aprendizagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Seguiram-se as oficinas de argila e Qigong, com objetivo de agregar os elementos da natureza (água, terra, ar e fogo) com o espaço preparado na floresta a partir das oficinas anteriores. A prática do Qigong, que exercita a atenção na respiração pelos movimentos sincronizados, foi direcionada para promover o bem-estar, além de reforçar o cuidado com o corpo e a nutrição. Para entender um pouco mais sobre essa prática milenar, segue uma breve explanação.

A energia vital é feita de matéria, mas não é puramente material (Yin). As formas de vida têm energia, emoções e pensamentos, mas não são puramente imateriais (Yang). A mistura de Yin/Terra e Yang/Céu cria as condições para a existência de um terceiro estado, de equilíbrio e harmonia, o nosso delicado e flexível complexo vivo de corpo/mente/espírito, cheio de vitalidade e possibilidades infinitas (JAHNKE, 2005).

As instruções básicas, chamadas de “Reunindo o Qi do Céu e da Terra”, são explicadas por esse conceito original que sustenta o que há entre o céu e a terra, na perspectiva da medicina chinesa. No campo de interação entre as forças de expansão do universo e as forças de condensação do nosso planeta, há uma fusão, uma incorporação profunda que produz vida. A esfera de influência entre céu e terra é onde surgem os seres vivos - as plantas, os animais e os humanos. A argila apresenta as mesmas características dos elementos: terra - solidez do corpo; água - coesão; fogo - temperatura, calor do sol; ar - movimento e mobilidade; e o espaço onde estamos, que concilia tudo.

Foto 10 – Prática do Qigong e oficina de argila. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Foto 11 – Oficina de argila. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

No pátio ou no espaço interno, em círculo, dependendo do tempo, se ensolarado, nublado ou chuvoso, imaginamos o nosso mundo abraçado pelo encontro das mãos na frente do umbigo, no

abdômen. Inspirando e expirando, orientamos para sentirem o cuidado que podemos ter pelo planeta e pelo nosso próprio corpo. Incentivamos a observar essa energia que surge.

Com 50 minutos de duração total, as oficinas se constituíram, então, de caminhadas até a floresta, em silêncio, onde permanecíamos com atenção na sensibilização, escuta e observação do ambiente. Sentados em uma roda construída com troncos, conversávamos sobre o que iria acontecer, introduzíamos o material encontrado na natureza do entorno (folhas, galhos, terra) e logo começávamos a manipular a argila. Assim, ao lhe darmos diferentes formas, incentivamos nossos processos criativos.

Realizamos oito oficinas com duas turmas de alunos, do segundo e sexto anos, em turnos diferentes, com a colaboração e o apoio das respectivas professoras. O trabalho com argila foi orientado por uma colaboradora artista plástica, que de forma voluntária nos ensinou a criar e a imitar as formas dos animais e vegetais. As produções das crianças foram cozidas no forno para serem pintadas com as cores escolhidas por eles. Os trabalhos foram expostos no espaço da escola durante algumas semanas, para serem visualizados por todos que circulavam, especialmente as mães, que foram homenageadas naquele período. Após as oficinas, os alunos do segundo ano continuam usando a floresta para a prática do Qigong guiados pela professora.

Foto 12 – Prática do Qigong. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Méris Slomp.

Foto 13 – Prática do Qigong. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto da equipe da escola.

**Dom Lixote vai à escola**

A sustentabilidade, a defesa da vida e a proteção da natureza são ações cada vez mais necessárias, tendo em vista o atual modelo de desenvolvimento produtivista- consumista, que está na origem da grave crise ecológica da sociedade atual. Abordar esses temas por meio do teatro, utilizando-o como prática pedagógica, constitui-se como uma ferramenta com grande potencial educativo.

Na escola, o teatro pode despertar no aluno uma maior consciência do mundo à sua volta, e assim ampliar o interesse pelas questões sociais e ambientais que o envolvem. A arte-educação se estabelece como elo entre o sujeito criativo e o cidadão participativo e é de grande importância para o desenvolvimento humano (COELHO, 2014). Por meio do teatro, os alunos desenvolvem a percepção, a interpretação, a imaginação e a criatividade necessárias para refletir e compartilhar questões relativas à proteção da natureza, à promoção da saúde e à participação social.

Na cultura ocidental, personagens fictícios são muito apreciados por crianças, que os elevam à condição de heróis. Desde os personagens das fábulas de La Fontaine[1] até os modernos heróis interplanetários, eles exercem grande influência sobre o comportamento de crianças e jovens, que muitas vezes incorporam ações e atitudes dos personagens em suas condutas. Levando em conta essa influência, foi criado o personagem Dom Lixote, um boneco de sucata que defende as causas ambientais. Suas aventuras em favor da natureza encontram eco quando praticadas em projetos como

[1] DÍEZ-CANEDO, E.; LA FONTAINE, J. **Fábulas de La Fontaine.** Madrid: Casa Editorial Calleja, 1918.

este. Por meio de oficinas de teatro e contação de histórias, podemos trabalhar a cidadania com a alegria, a magia e a criatividade presentes nos alunos e pouco valorizadas nos métodos do ensino tradicional.

**Oficina e produção de um teatro com alunos do oitavo ano da Escola Azambuja**

A proposta iniciou com um convite aos jovens para criar, encenar e apresentar uma peça teatral baseada no livro 'Dom Lixote e o Dragão que cospe lixo', que aborda o tema da sustentabilidade e do respeito à natureza (CESA, 2016). Com uma forte contribuição da educação popular em todo o processo, desde os primeiros encontros foi sugerido que os jovens se tornariam multiplicadores da causa ambiental do personagem Dom Lixote e apresentariam a peça para toda a escola.

Na dinâmica proposta aos alunos, foi destacado que teriam autonomia para criar o roteiro e fazer a escolha dos papéis, assim como foi combinado que o trabalho seria integrado e coletivo. No processo, buscamos estimular a cooperação e o protagonismo com jogos, leitura grupal e tarefas compartilhadas, exercitando as decisões coletivas por meio de votação de cada nova ideia que surgia. Inicialmente, foram definidos três grupos de trabalho: roteiro, figurino e cenário, e cada aluno escolheu o grupo em que desejava participar. Além disso, os alunos pensariam na sonoplastia e em tantas outras funções quantas fossem necessárias, desde que as escolhas afirmassem a autoria coletiva.

Nesse processo, que terá na apresentação final o fechamento de um ciclo de quatro meses de trabalho, com aproximadamente 16 encontros de 1,5 horas por semana, o grau de envolvimento de cada integrante foi respeitado. Os papéis foram escolhidos pelos próprios alunos, e a única condição colocada foi de que todos teriam algum papel na peça. Os cinco personagens principais foram escolhidos rapidamente, e grande parte do grupo escolheu ser figurante. Porém, cabe destacar que, no decorrer do trabalho, muitos dos que escolheram pela figuração, vieram pedir para lhes dar alguma fala, um indicador da importância atribuída à participação no grupo. As lideranças ficaram evidentes rapidamente e foram importantes para promover o crescimento do grupo, já que no espaço cênico é dada a chance para todos os integrantes se expressarem de diferentes formas.

Sempre que possível, a professora de artes nos acompanhava e sua presença foi fundamental para a atenção e o empenho dos alunos. Ainda que houvesse grande dedicação e motivação da nossa parte, foi imprescindível o suporte e o apoio da professora para o desenvolvimento das oficinas de teatro. São muitos os desafios diários enfrentados pelos profissionais da educação. Foi necessário aprender a lidar com alunos desatentos, outros que buscavam complicar e perturbar o ambiente de sala de aula, outros ainda com forte timidez e dificuldades de interação. Mas também havia alunos

ávidos por atenção, colaborativos, abertos à participação, e assim, valorizando a escuta e o diálogo, fomos transformando a criação artística em um espaço de encontro e de mudanças.

Embora o teatro na educação seja ainda pouco explorado na Escola Azambuja, ele é, sem dúvida, uma atividade pedagógica que promove não só a inclusão, mas também a socialização dos alunos no ambiente escolar. Amplia o universo cultural e o desenvolvimento das diversas habilidades, como a interpretação e produção de texto, a desinibição, a leitura oral e a criatividade. O teatro na escola tem também o potencial de motivar toda a comunidade, aproximando professores, funcionários e famílias, já que em algum momento a colaboração deles será solicitada, seja para emprestar roupas, ajudar nas montagens, ou simplesmente para assistirem às apresentações.

Avaliamos que, na nossa proposta, iríamos investir mais no processo do que no resultado. Não buscávamos um sucesso de público, mas sim apontar para o desenvolvimento e o despertar de diferentes habilidades dos alunos. Apostamos na ideia que um dos caminhos emancipadores para os jovens escolares das nossas periferias é a semeadura de uma cultura criadora. Ela pode guiar os jovens para a criação de saídas não estereotipadas para os seus destinos. Dessa forma, pode-se afirmar que o teatro, além de promover a ampliação cultural e o aperfeiçoamento pessoal, estimula a troca de experiências, a busca de soluções para situações-problema, a celebração da diversidade e o espírito colaborativo, fundamentais em uma comunidade escolar saudável.

Foto 14 – Preparação da peça teatral “Dom Lixote e o dragão que cospe lixo”. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto de Kátia Teresa Cesa.

Foto 15 – Preparação da peça teatral “Dom Lixote e o dragão que cospe lixo”. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.



Foto por Kátia Teresa Cesa.

**Perspectivas e considerações finais**

Com esta experiência, estamos trilhando uma construção coletiva, guiada pelos princípios definidores do bem viver, a partir de vivências que o materializam. Por meio dessas vivências, acreditamos estar colocando em prática a promoção da saúde, estimulando que, na escola, as pessoas deste grande coletivo se sintam parte de algo maior, que se sintam pertencendo a uma natureza criadora e a uma sociedade solidária. Somente assim, com verdadeiro senso de pertencimento social, será possível ativar o protagonismo, a participação na saúde. Ao se perceberem cidadãos, é que vão engrenar os mecanismos para buscar o seu bem viver.

Com esta experiência, também queremos compartilhar alguns desafios e aprendizados. Um trabalho coletivo se faz em diálogo com o outro. O outro diferente de nós. Parece óbvio, mas a descoberta destas diferenças no processo de uma intervenção gera muitas mudanças no planejamento. Por isso, é importante que o planejamento seja feito em conjunto com todos os participantes e que seja flexível para acomodar mudanças de planos que sempre virão. E mesmo com o planejamento em conjunto, como relatado aqui, as mudanças acontecem. Colocar essa questão entre as expectativas dos participantes ajuda a manter a equipe unida mediante as mudanças de planos.

Questões de natureza política, absolutamente legítimas, como greves dos professores por aumento salarial e melhores condições de trabalho, também interferiram nos trabalhos. Nessas ocasiões, a aliança com os professores da escola foi reforçada com o apoio do grupo às suas reivindicações. Outras situações, como rotatividade e saída de integrantes do grupo, são importantes

para manter sempre presente uma pergunta: como podemos trabalhar juntos em espírito colaborativo, mantendo o entusiasmo ao longo do tempo, podendo compartilhar tarefas, evitando a centralização dos trabalhos em um ou dois integrantes? E como podemos trabalhar de forma cada vez mais integrada e com a perspectiva de gerar apropriação do trabalho por cada integrante?

Como planos, ainda temos o planejamento de mais um ano de trabalho na escola, com a ideia de que a mesma fortaleça sua autonomia para seguir com as ações sob a liderança das professoras e alunos que já participaram. E que estas experiências na escola Azambuja possam servir de inspiração para trabalhar em outras escolas e com outras comunidades. Para ajudar no trabalho de 'multiplicação' das ações, está sendo preparado um vídeo com registros das ações e depoimentos dos participantes.

Acompanhar o fluxo descompassado entre os diferentes ritmos de todos os envolvidos é um grande desafio, mas fundamental num processo de planejamento e construção coletivos. Para viver o bem viver, é preciso respeitar o outro, compreender as diferenças, acolhê-las e acomodá-las, mudar a nossa forma de ver o mundo, ser mais biocêntrico e menos antropocêntrico, e manter altos níveis de alegremia!

**Agradecimentos**

Agradecemos aos colaboradores Mateus Raymundo (geógrafo e permacultor, pela orientação técnica e liderança no trabalho de permacultura), Méris Slomp (artista plástica, pela facilitação da oficina de argila) e André da Silva Costa (artista, pelo trabalho de arte-educação junto aos alunos), assim como à diretora, professoras e funcionárias da Escola Azambuja, sem as quais as atividades realizadas não teriam sentido.

**Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CESA, K. T. **Dom lixote e o dragão que cospe lixo**. Porto Alegre: Marca Visual, 2016.

COELHO, M. A. Teatro na escola: uma possibilidade de educação efetiva. **Revista POLÊM!CA,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 1208-1224, jun. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10617/8512>. Acesso em: 9 dez. 2018.

CONFLUENCIA NUEVO B´AQTUN. **El buen vivir de los pueblos de Guatemala**. Guatemala: Confluencia Nuevo B´Aqtun, jun. 2014. Disponível em: <http://alainet.org/images/Buen%20Vivir%20Guatemala-pdf.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2018.

CUNHA, P. F. et al. **Implantação e implementação das ações do PSE em Nova Friburgo:** o desafio de tecer redes de solidariedade, 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/58/2013_58_7666.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2018.

JAHNKE, R. **A promessa de cura do Qi**. Cultrix, 2005. 264 p.

MONSALVO, J. **La historia de la Alegremia**, 2007. Disponível em: <http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/2_Historia_de_la_Alegremia.html>. Acesso em: 9 abr. 2015.

MONSALVO, J. O bem viver e o ser humano. In: V SEMINÁRIO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE-SOCIEDADE-ESTADO DA AUGM. Construir o Bem Viver ("Buen Vivir"): Desenvolvimento Sustentável para Integração Regional do Cone Sul, 2014, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2014.

PAYAN S. I., MONSALVO J. **Salud de los ecosistemas:** desde el sentimiento de ser naturaleza con alegremia y esperanza. Coleccoión Altaalegremia nº 2. Formosa, Argentina, 2009. Disponível em <http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud_de_los_Ecosistemas.html>. Acesso em: 9 dez. 2018.

# Ensaios e debates

## A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## THE IMPORTANCE OF THE NATIONAL PERMANENT EDUCATION POLICY IN HEALTH AS A STRATEGIC TOOL FOR THE CONSOLIDATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

## LA IMPORTANCIA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Larissa Weber[1]

Roger dos Santos Rosa[2]

**Resumo**

O presente ensaio situa historicamente o processo de reorganização do modelo assistencial em saúde brasileiro, priorizando o campo da saúde mental. A análise avança até a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apresenta uma reflexão acerca da contribuição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a consolidação da RAPS no Brasil. São apresentados quatro aspectos da PNEPS que fortaleceram o modelo de atenção psicossocial em rede vigente: (i) construção de espaços de reflexão e de crítica a respeito das práticas assistenciais que caracterizaram o modelo anterior e das que estão em vigência no modelo atual; (ii) contribuição para desmistificar a crença de que os usuários da saúde mental são perigosos, incapazes e desprovidos de direitos de cidadania; (iii) oferta de um financiamento maior para a educação permanente àqueles municípios que priorizam a cobertura de equipes de saúde da família e de equipes de saúde mental; e (iv) valorização das especificidades regionais no processo de efetivação das mudanças propostas pelo modelo do trabalho em rede. As ações de educação permanente em saúde mental, ao apresentar para as próximas gerações de trabalhadores da saúde mental coletiva o histórico das práticas assistenciais ocorridas no período anterior à Reforma Psiquiátrica, influenciarão positivamente na consolidação das melhorias já conquistadas e na busca por novos avanços.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Educação Continuada. Saúde Mental. Assistência à Saúde.

[1] Psicóloga, Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: issaweber@hotmail.com

[2] Médico e Administrador, Doutor em Epidemiologia, professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde e em Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenador do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdade da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

**Abstract**
This essay places the process of reorganization of the Brazilian health care model historically, prioritizing the field of mental health. The analysis advances to the institution of the Psychosocial Care Network (RAPS). It presents a reflection about the contribution of the National Permanent Education Policy in Health (PNEPS) for the consolidation of RAPS in Brazil. Four aspects of the PNEPS that strengthen the current psychosocial care network model are presented: (i) construction of spaces for reflection and criticism regarding the assistance practices that characterized the previous model and those that are in force in the current model; (ii) contribution to demystify the belief that mental health users are dangerous, incapable and deprived of citizenship rights; (iii) offer greater funding for continuing education to those municipalities that prioritize the coverage of family health teams and mental health teams; and (iv) valorization of regional specificities in the process of effecting the changes proposed by the network model. The actions of permanent education in mental health, presenting to the next generations of collective mental health workers the history of the care practices that occurred in the period prior to the Psychiatric Reform, will positively influence the consolidation of the improvements already achieved and the search for new advances.
**Keywords:** Unified Health System. Education, Continuing. Mental Health. Delivery of Health Care.

**Resumen**
El presente ensayo sitúa históricamente el proceso de reorganización del modelo asistencial en salud brasileño, priorizando el campo de la salud mental. El análisis avanza hasta la institución de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Presenta una reflexión acerca de la contribución de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) para la consolidación de la RAPS en Brasil. Se presentan cuatro aspectos de la PNEPS que fortalecieron el modelo de atención psicosocial en red vigente: (i) construcción de espacios de reflexión y de crítica respecto de las prácticas asistenciales que caracterizaron el modelo anterior y de las que están en vigencia en el modelo actual; (ii) contribución a desmitificar la creencia de que los usuarios de la salud mental son peligrosos, incapaces y desprovistos de derechos de ciudadanía; (iii) oferta de una financiación mayor para la educación permanente a aquellos municipios que priorizan la cobertura de equipos de salud de la familia y de equipos de salud mental; y (iv) valorización de las especificidades regionales en el proceso de efectividad de los cambios propuestos por el modelo del trabajo en red. Las acciones de educación permanente en salud mental, al presentar para las próximas generaciones de trabajadores de la salud mental colectiva el histórico de las prácticas asistenciales ocurridas en el período anterior a la Reforma Psiquiátrica, influenciarán positivamente en la consolidación de las mejoras ya conquistadas y en la búsqueda de nuevos avances.
**Palabras clave:** Sistema Único de Salud. Educación continua. Salud mental. Prestación de atención de Salud.

## Introdução

Três anos separam a publicação de duas importantes referências para os trabalhadores da área da saúde mental coletiva no Brasil. No ano de 2001, foi promulgada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), conhecida informalmente como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Já em 2004, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, por meio da Portaria GM nº 198/2004, substituída posteriormente pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007).

A conjuntura da segunda década do século XXI aponta para um reordenamento do modelo assistencial em saúde no Brasil, em que ganham destaque as práticas articuladas em rede. No âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado e incrementar o desempenho do Sistema, do ponto de vista do acesso, da equidade, da eficácia clínica e sanitária e da eficiência econômica. Os

diversos pontos de atenção que compõem a rede diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, sendo que todos são igualmente importantes para o bom funcionamento da RAS (BRASIL, 2010).

No campo da saúde mental, o incentivo ao trabalho em rede corrobora-se com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das Redes Temáticas propostas pelo Ministério da Saúde. Conforme será visto adiante, a RAPS tem como objetivo qualificar o atendimento às necessidades em saúde mental da população (BRASIL, 2011).

A consolidação desse novo modelo de trabalho passa pela necessária articulação entre a Política de Saúde Mental e a PNEPS, visando o fortalecimento da formação profissional na área da saúde mental no SUS. O presente ensaio, portanto, tem o intuito de discutir a importância da PNEPS como ferramenta estratégica para a consolidação da RAPS.

**Reforma Psiquiátrica: do Hospital Psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

A década de 1980, período da redemocratização brasileira, foi marcada por uma série de movimentos sociais que culminaram com a Reforma Sanitária e com a promulgação de uma nova Constituição Federal, na qual a saúde foi garantida como um direito do cidadão e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Esses fatos marcam o início de um novo capítulo na história da saúde no Brasil: o estabelecimento do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A reconfiguração do sistema de saúde brasileiro contribuiu também para o fortalecimento de um outro movimento, conhecido como Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica teve início na Itália, a partir de uma série de denúncias a respeito das violências ocorridas com os pacientes no interior dos hospitais psiquiátricos naquele país. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana foi um impulso para a extinção dos hospitais psiquiátricos, para o investimento em ações de desinstitucionalização e para o reconhecimento do direito dos usuários de saúde mental (ITÁLIA, 1978).

A experiência italiana foi tomada como exemplo por outros países nos quais prevalecia a lógica de um modelo manicomial excludente, como era o caso do Brasil. Na década de 90, o Brasil firmou um compromisso internacional para reestruturar a atenção psiquiátrica na América Latina, documento conhecido como Declaração de Caracas (BRASIL, 2005).

A primeira lei que procurou enfrentar o modelo manicomial, hegemônico até então no Brasil, foi a Lei Estadual nº 9.716/1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias, e dá outras providências. Quase uma década após, seguindo-se a amplo debate nacional sobre o cuidado em saúde

mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, foi editada a Lei Federal 10.216/2001(BRASIL, 2001a), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca-se no artigo 2º, § único, que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final salienta que a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta não só o cuidado, mas a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Enfatiza, ainda, a importância das ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em Saúde Mental, potencializando a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania dos sujeitos (BRASIL, 2001b).

Por tudo isso, o cuidado em saúde mental, que outrora preconizava que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, passou a orientar a reaproximação desses sujeitos do seu território de origem e da comunidade da qual fazem parte para garantir sua reabilitação. De acordo com Lancetti e Amarante (2006), o modelo do território caracteriza-se pela capacidade de proporcionar uma continência que supera a contenção física proposta pelo modelo hospitalocêntrico.

Reforçando a indicação do cuidado em território e de forma articulada entre os diferentes pontos de atenção, o Ministério da Saúde institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a partir da Portaria GM n º 3.088/2011. Ficou estabelecido que essa Rede Temática seria constituída pelos serviços de Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos e Serviços de Reabilitação psicossocial, sendo que a entrada poderia dar-se pelos diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2011).

Com isso, há um reforço na premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos profissionais e dos serviços especializados. Em uma rede em que não há porta única de entrada, orienta-se que os diferentes serviços estejam preparados para acolher o sujeito em sua integralidade. É nesse contexto de transformações que cresce em relevância a questão da formação em saúde.

**O papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) na concretização da RAPS**

Percebe-se, pelo acima exposto, que o campo da saúde mental se encontra bem instrumentalizado do ponto de vista das Políticas Públicas. No entanto, para garantir a efetividade e

a qualidade do sistema, é preciso que os profissionais que atuam no SUS estejam preparados para atuar frente às cada vez mais diversas demandas trazidas pelos usuários do sistema.

O papel de estímulo à preparação/formação profissional no contexto do SUS vem sendo desempenhado pela PNEPS, a qual retoma a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde. Além disso, tal Política visa incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico no SUS (BRASIL, 2007).

A preocupação com a formação para o trabalho em consonância com a Reforma Psiquiátrica remonta ao ano de 2002, quando o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Este buscava incentivar, apoiar e financiar núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios entre instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. Já no ano seguinte, o Ministério instituiu uma estrutura organizacional mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGESTES), com o objetivo de formar recursos humanos para o SUS, beneficiando trabalhadores de toda a rede (BRASIL, 2007).

As mudanças no campo da atenção à saúde mental no Brasil, desde o período manicomial até seu formato atual, vêm ocorrendo de forma gradativa e nem sempre linear. Esse processo caracteriza-se também por vir acompanhado de resistências e de acomodação dos atores envolvidos no processo e corre risco de sofrer retrocessos. Mesmo em um modelo de cuidado territorial, as práticas manicomiais podem se fazer presentes. Exemplo disso são as novas formas de institucionalização, baseadas na tutela e na dependência, de casos considerados crônicos pelas equipes dos serviços de base comunitária (PANDE; AMARANTE, 2011).

De acordo com Mângia (2009), a qualificação das equipes e dos serviços, bem como dos processos de formação e de educação permanente, constituem caminhos possíveis para a consolidação e a sustentabilidade do modelo de atenção em saúde mental em vigor. A divulgação da nova concepção a respeito da atenção psicossocial deve perpassar não só educação permanente dos profissionais que atuam na RAPS, mas também a formação inicial dos cursos que compõem esse campo de atuação.

Estudo realizado por Barth (2014), a respeito da influência da educação permanente em saúde mental sobre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde de serviços de Atenção Básica, constatou o quanto esses profissionais apresentavam resistência em trabalhar com pacientes portadores de transtorno mental. Isso justificava-se, em parte, pelo fato de os profissionais não possuírem prática e conhecimento sobre o assunto. Por meio das atividades de educação permanente, entretanto, eles puderam reconhecer o paciente de saúde mental como um sujeito de direitos, que tem necessidades em saúde como qualquer outro.

Estudos dessa natureza demonstram o quanto a educação permanente é potente não apenas para desmistificar preconceitos culturais envolvendo os usuários que padecem de sofrimento psíquico, como também na construção de um novo entendimento por parte dos profissionais e das equipes, no sentido de que o cuidado em saúde mental não é privilégio dos especialistas na área. A máxima de que os serviços da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde têm condições de tratar cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (WHO, 1978) não exclui os problemas de saúde relativos à saúde mental. A contribuição dos especialistas pode se dar por meio do apoio matricial em saúde, prática através da qual se assegura retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007), que tem se revelado bastante frutífera no âmbito da saúde mental.

Silva et al. (2013) enumeram três razões que justificam o investimento nas ações de educação permanente. Primeiro, a especificidade desta área do conhecimento no setor da saúde; segundo, o fato de que muitos profissionais de saúde estão inseridos nos serviços desde um período anterior ao processo da Reforma Psiquiátrica; por último, as limitações da academia em abordar a temática em consonância com a Política de Saúde Mental.

O investimento em ações de educação permanente pressupõe um financiamento próprio. A alocação orçamentária dos recursos federais da PNEPS para os estados e o Distrito Federal contemplou um incentivo importante à consolidação da RAPS, mesmo que a PNEPS tenha sido implementada anteriormente à Portaria que instituiu a RAPS. Isso ocorreu na medida em que o cálculo para o financiamento, à época, privilegiava a cobertura das equipes de saúde da família e de saúde mental (por meio da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial), serviços que vieram a se consolidar como alguns dos componentes estratégicos da RAPS.

Com isso, o Ministério da Saúde passou a estimular e recompensara adesão às novas políticas. O raciocínio é claro: quanto maior a adesão a esse conjunto de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar em uma lógica diferenciada, qual seja, a alteração do desenho tecnoassistencial em saúde (BRASIL, 2007).

Um desafio real do ponto de vista do estabelecimento de uma nova política é conseguir que alcance a vasta dimensão territorial do nosso país, considerando suas diversidades regionais. No caso da Política Nacional de Saúde Mental não seria diferente. Exatamente por conceber, em sua essência, as especificidades e as desigualdades regionais (BRASIL, 2003), a PNEPS se apresenta como uma aliada essencial no contexto de reorganização do cuidado em saúde mental em rede. Não se espera que as diferentes regiões de saúde criem RAPS padronizadas, mas que essas redes possam avançar em cada território conforme suas particularidades.

## Considerações finais

A PNEPS vem contribuindo com a consolidação da RAPS em pelo menos quatro aspectos: (i) oportunizando espaços de reflexão e crítica a respeito das práticas que caracterizaram os períodos anteriores e das que estão em vigência no momento; (ii) desmistificando a crença de que os usuários da saúde mental são perigosos, incapazes e desprovidos de direitos de cidadania; (iii) promovendo um financiamento para a educação permanente maior àqueles municípios que priorizam a cobertura de equipes de saúde da família e de equipes de saúde mental; e (iv) provocando que se dirija um olhar especial às especificidades regionais no processo de efetivação das mudanças propostas pelo modelo do trabalho em rede.

Mângia (2009) sugere a participação de representantes de todos os segmentos da saúde mental nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes previstas na PNEPS. Uma participação atuante na formulação, na condução e no desenvolvimento das ações de integração contribuiria com a viabilização de um projeto nacional consistente na direção da formação e aprimoramento dos recursos humanos em saúde mental.

Espera-se que as ações de educação permanente em saúde mental possam apresentar para as próximas gerações de trabalhadores da saúde mental coletiva o histórico das práticas assistenciais ocorridas no período anterior à Reforma Psiquiátrica. Uma formação que reconheça os abusos e erros que foram cometidos em nome da ciência e do tratamento é fundamental para consolidaras melhorias já previstas em lei para os usuários da RAPS e para garantir que os avanços não fiquem estagnados e acompanhem as futuras transformações da nossa sociedade.

Com isso, acredita-se ser possível melhorar cada vez mais a qualidade da formação para o SUS e no SUS, assim como a qualidade dos processos de trabalho e da atenção psicossocial ofertada, promovendo a valorização da integralidade por meio de práticas que considerem cada vez mais a promoção da saúde como parte indissociável do cuidado em saúde mental.

## Referências


BARTH, P. O.; LOPES, L. F. M.; ALMEIDA, C. C. A influência da educação permanente sobre os enfermeiros: um desafio para atender a saúde mental. **Revista de Enfermagem,** Frederico Westphalen, v. 10, n. 10, p. 39-46, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo tecnoassistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde**. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2001b, 213p.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, jan. 2007, 85p.

CAMPOS, G. W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-400, fev. 2007.

ITÁLIA. **Lei 180, de 13 de maio de 1978**. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios, 1978.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615-634.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup**., São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii. maio/ago. 2009.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 2067-2076, abr. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei 9.716, de 07 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências. Porto Alegre, 7 ago. 1992.

SILVA, N. S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1144-1149, out./dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Genebra: WHO, 1978.

# Ensaios e debates

## OS ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE SABERES POPULARES, ATENÇÃO BÁSICA E EMERGÊNCIA

## MEETINGS AND DISCOUNTS BETWEEN POPULAR KNOWLEDGE, BASIC ATTENTION AND EMERGENCY

## LOS ENCUENTROS Y DESENCUENTOS ENTRE SABERES POPULARES, ATENCIÓN BÁSICA Y EMERGENCIA

Sabrina Lacerda da Silva[1]

Carmen Lucia Bezerra Machado[2]

**Resumo**
O presente ensaio crítico tem por objetivo mostrar a intersecção entre os saberes populares, a Atenção Básica à Saúde e a rede de urgência e emergência no que o tange fazer e saber atuar em situações de risco à vida. O texto apresentado é fruto de experiências em educação na saúde e situações de assistência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Porto Alegre e região metropolitana. As situações vivenciadas na prática são intercruzadas com as políticas públicas vigentes em saúde. E, a partir dessa conversa entre textos e o fazer cotidiano dos profissionais da saúde, surge uma reflexão sobre o atendimento as urgências/emergências fora dos muros hospitalares.
**Palavras-chave:** Educação Permanente. Emergências. Atenção Básica à Saúde. Política Pública.

**Abstract**
The present critical essay aims to show the intersection between popular knowledge, Primary Health Care and the emergency and emergency network in what it does to do and know how to act in situations of life risk. The text presented is the result of experiences in health education and assistance situations in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in the city of Porto Alegre and metropolitan region. The situations experienced in practice are intertwined with public health policies. And, from this conversation between texts and the daily work of health professionals, a reflection on emergency / emergency care outside the hospital walls emerges.
**Key words:** Education, Continuing. Emergencies. Primary Health Care. Public Policy.

**Resumen**
El presente ensayo crítico tiene por objetivo mostrar la intersección entre los saberes populares, la Atención Primaria de Salud y la red de urgencia y emergencia en lo que lo hace y saber actuar en situaciones de riesgo a la vida. El texto presentado es fruto de experiencias en educación en salud y situaciones de asistencia en el

[1] Enfermeira emergencista do Serviço Móvel de Atendimento Móvel Urgência. Integrante do Grupo de Estudos de Atenção à Saúde em Desastres e Eventos de Massa (GEASDEM). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: binalacerda79@gmail.com

[2] Professora Titular de Sociologia da Educação do Curso de Pedagogia da Faculdade de Educação e professora permanente no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carmen.machado@ufrgs.br

Servicio de Atención Mueble de Urgencia (SAMU) en el municipio de Porto Alegre y región metropolitana. Las situaciones vivenciadas en la práctica se intercruzan con las políticas públicas vigentes en salud. Y, a partir de esa conversación entre textos y el hacer cotidiano de los profesionales de la salud surge una reflexión sobre la atención a las urgencias / emergencias fuera de los muros hospitalarios.
**Palabras clave:** Educación Continua. Urgencias Médicas. Atención Primaria de Salud. Política Pública.

**Situando o contexto dos saberes populares**

Situações de urgência/emergência são determinados momentos em que a vida de uma pessoa está em potencial risco de morte. As urgências constituem-se como agravos imprevistos à saúde com ou sem risco potencial de vida (BRASIL, 2014). Já as emergências são eventos agudos que necessitam de rápidas intervenções visando modificar a história natural do que acontece e evitar a morte (FERREIRA, 2011). Tanto as urgências quanto as emergências representam eventos críticos à vida ou sofrimento intenso, portanto, ambas necessitando de ação imediata.

Diariamente serviços de saúde, do sistema público ou privado recebem pacientes com situações agudas e precisam ser resolutivos para esses casos, pois vidas estão em risco. Frente essa realidade, os profissionais devem agir no menor tempo possível, de maneira adequada, e assim, reduzir sequelas e preservar a vida, quando isso for permitido.

Isso porque, durante um evento que coloque a vida em risco, os envolvidos entendem a situação como prioritária buscando auxílio imediato. A população interpreta os conceitos de urgência e emergência como algo que não existia, ou não era percebido e que de repente passa a existir, ou se manifestar. A perspectiva dos pacientes e seus familiares e, os acontecimentos imprevistos que alteram o curso da vida, configuram-se como motivos emergenciais nas suas necessidades de atendimento (TOBASE; TOMAZINI, 2017).

Pensando com o olhar do usuário e que emergências não têm hora e nem local para acontecer, os serviços de saúde necessitam estar aptos a acolher as mais diferentes emergências. Tobase e Tomazini (2017) dizem que, o indivíduo tende a buscar a assistência em lugares de fácil acesso e resolutivos. E os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tendem a buscar acolhimento nas Unidades Básicas mais próximas de suas residências devido à facilidade de acesso e, principalmente, pela proximidade. A Atenção Básica (AB) é um importante local de acesso à rede de saúde, onde se fortalece o vínculo de pacientes e familiares com o profissional e também deve atender urgências e emergências. O vínculo é a relação pessoal estreita e duradora entre o profissional de saúde e o usuário que, com o passar do tempo se estreita, facilitando a continuidade do tratamento e consequentemente reduzindo intervenções desnecessárias (STARFIELD, 2002).

A população que está presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) tem relações de vínculo com as equipes, o que gera a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A UBS tem o objetivo de ser referência para o cuidado diário das pessoas (BRASIL, 2017).

No Brasil, os serviços de saúde organizam-se em redes de atendimento e a AB é a porta de entrada das redes de atenção (BRASIL, 2017). Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No ano de 2011, ocorreu a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e, a partir desse movimento, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2013). Como guia para a reorganização dos serviços foi publicado o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2013).

A RAU tem por objetivo articular e integrar os serviços de emergência, e inclui a AB como porta de entrada para os atendimentos dessa natureza (BRASIL, 2013). Além disso, a AB é ordenadora da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013).

Os acidentes e situações de violência são um problema de saúde pública, na sua maioria de causas externas e responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade (TOBASE; TOMAZINI, 2017). Conforme a Portaria 2048/02, devido à realidade apresentada pelas urgências e emergências, é importante que os envolvidos conheçam as políticas públicas relativas ao tema (BRASIL, 2002). Complementando, essa Portaria refere que os profissionais da saúde deveriam articular mudanças necessárias considerando as diversidades locorregionais do panorama brasileiro.

Existe um saber popular que predomina entre as pessoas que utilizam as UBSs que é recorrer a esses serviços com o intuito de terem as suas demandas acolhidas. Afinal, as pessoas se sentem vinculadas àquelas equipes promotoras de saúde e cuidadoras das diferentes fases da vida. Entretanto, nem sempre são acolhidas todas as demandas dos usuários, dentre elas, as situações de urgência e emergência.

Como enfermeira do SAMU ou como ‘educandeira’, diferentes histórias de vida eu ouvi e vivi relacionadas com o atendimento às situações em que a vida de alguém está em risco. O termo ‘educandeira’ é um adjetivo sugerido no I Colóquio de Conversação/2018 – da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FACED/UFRGS) – e significa a união de enfermeira com educadora. Aceitei a denominação, pois achava que transitava entre as profissões e hoje descobri que não consigo separar as duas ações. Certa vez, estava numa UBS efetuando ações de educação. Chegou uma mulher, gestante, 45 anos, terceiro trimestre de gestação, segundo filho, negra, tabagista e em vulnerabilidade social, referindo náuseas e dores de cabeça. Todos esses sintomas descritos sugeriam o risco para eclâmpsia, problema de saúde caracterizado por convulsões que ocorrem durante a gestação ou no pós-parto, colocando a vida do feto e /ou mãe em risco (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018). É considerada uma grave emergência gestacional. O ginecologista do serviço medica a paciente e a orienta que fosse ao hospital referência. A enfermeira

da Unidade me chama e comenta sobre a determinada situação e pergunta se poderíamos fazer mais. Afinal, estávamos num período de reflexão com a equipe sobre o saber e fazer durante as urgências e emergências que se apresentavam na UBS. Converso com o médico, sobre acionar o SAMU para aquela senhora e ouço o seguinte:

> O médico intervencionista do SAMU não vai ficar bravo se nós ligarmos pedindo uma ambulância para a paciente? Te pergunto isso, porque não costuma ser uma rotina nossa de trabalho telefonar. Se o usuário precisa de atendimento de urgência, encaminhamos o mesmo por meios próprios.

A partir dessa situação e outras mais, como a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, começamos a pensar na possibilidade de intensificar os momentos de ensino e aprendizagem sobre o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência e o papel da AB nesse cenário. Destaco que naquela equipe, e em outras que vieram depois, a negação aos atendimentos de situações agudas representava um comportamento comum no grupo.

Diante do cenário de desconhecimento das políticas públicas de urgência/emergência, além da insegurança para atender esses casos, apresentou-se um ambiente favorável à inserção do projeto chamado 'O que fazer até o SAMU chegar!'. A ação educacional tem por objetivo discutir urgência/emergência fora dos muros hospitalares, desmistificando situações e trazendo o tema para o cotidiano das pessoas.

O projeto foi tomando forma e se 'deformando' a partir de vivências práticas do dia a dia, como enfermeira do SAMU ou como educadora. A principal motivação para elaboração e manutenção dessa atividade é que em diversos plantões de trabalho, nos últimos dez anos no SAMU, encontrava crianças já sem vida por obstrução de vias aéreas, emergência respiratória, onde um corpo estranho obstrui parte do trajeto respiratório.

Quando existe uma situação que coloca em risco a vida ou está gerando sofrimento intenso nos indivíduos, esses costumam procurar atendimento nos serviços de saúde mais próximos de suas realidades. Locais que nem sempre são as unidades de pronto atendimento ou emergências hospitalares, podem ser as UBSs, centro de atendimentos psicossocial, laboratórios, farmácias, centros de diagnóstico de imagens, ou outros serviços, desde que sejam onde a população identifique o local como produtor de saúde. Dessa forma, os serviços de saúde devem estar preparados para atender as demandas espontâneas, com uma estrutura física e assistencial que possibilite um atendimento de êxito satisfatório (QUILICI; TIMERMAN, 2011).

**Rede de Urgência e Emergência e o papel da Atenção Básica no debate**

Todos os dias usuários do SUS procuram as UBSs na busca de acolhimento para suas questões de saúde, esperando que as necessidades sejam atendidas. Necessidades que podem ser de situações crônicas ou agudizadas.

Dentre as situações que podem colocar a vida em risco, cito a asma aguda e a crise convulsiva, as quais se constituem em urgência/emergência de maior frequência. A asma é um momento onde indivíduo apresenta uma grande dificuldade para respirar. Doença crônica caracterizada por episódios de falta de ar e sibilância, os sintomas da asma causam limitações nas atividades cotidianas dos asmáticos. A exacerbação da asma é uma urgência e pode levar a óbito (AGUIAR, 2018). Certa vez, a mãe de um asmático em crise aguda buscou uma UBS para receber atendimento, por ser o serviço que ficava na mesma rua da sua casa. A equipe orientou que a mãe fosse até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pois o menino não estava bem e isso era importante para salvar sua vida. Naquele momento, eu era formanda do curso de Enfermagem, entretanto já trabalhava há quatro anos no SAMU, como técnica. Questionei a supervisora, se não podíamos chamar o SAMU, afinal a criança se encaixava nos parâmetros de emergência. Para concluir essa cena tive o seguinte retorno: "UBS não atende esse tipo de demanda, você precisa entender que aqui só atendemos casos crônicos". Retornei as atividades de estagiária, pensando de que forma poderia fazer a diferença naquele e em outros contextos diversos que girassem em torno do tema emergência.

Em outro momento, durante o estágio no campo da AB, recebi o seguinte chamado no SAMU: criança de dois anos convulsionou e no momento está muito sonolenta na UBS. A convulsão é um evento decorrente do mau funcionamento do cérebro, os sintomas são contrações musculares involuntárias, perda de consciência e pode não controlar esfincteres (urinar ou evacuar durante o evento). Acontece por diferentes motivos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012). Chego na UBS, sou recebida pelo médico e pela enfermeira que apresentam o paciente e durante toda a ação a mãe estava em silêncio. Acomodo a criança na ambulância, onde a mãe pega a minha mão, começa a chorar, me agradecendo e relata um outro olhar da mesma história:

> Por volta das 12h meu filho ficou "roxo" e começou a "virar os olhos". Me assustei, desliguei o gás e sai correndo com ele nos braços para buscar ajuda. Fui até a UBS onde ele consulta, ela estava fechada e tinha umas pessoas esperando para a consulta da tarde. Bati com todas minhas forças na porta e a enfermeira falou "estamos no horário de almoço, por favor, aguarde". Falei, "meu filho teve um ataque". Ela fechou a porta. As pessoas próximas começaram a bater à porta e gritar que chamariam a polícia. O médico voltou e disse, "entre vamos ver o que fazer".

Não foi o primeiro, nem o último caso, que ouvi de pessoas dentro da ambulância sobre atendimentos às urgências e emergências de forma inapropriada por equipes de saúde em diferentes

serviços, inclusive na emergência hospitalar. Não julgo ninguém por esse modo de agir no processo de trabalho, porém, me questiono qual seria o motivo para não haver discussões entre as equipes sobre 'o saber' e 'o que fazer' nas situações de emergência? Esse espaço de refletir os processos e possíveis eventos poderia ser um momento onde se discute o tema e outros tópicos pertinentes ao grupo. Isso fortaleceria laços entre os envolvidos no fazer saúde? Dessa maneira, quem sabe reduziria o número de pessoas que pedem na ambulância um acolhimento que respeite a dignidade humana.

A dúvida que com o passar dos anos foi ganhando forma é: 'por que há equipes de saúde da AB não acolhem essas e outras situações de agravamento da saúde dos seus usuários?'. Isso sempre me chamou a atenção, pois, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que atuam nesses serviços receberam suas formações respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para suas determinadas profissões e elas contemplam assistência de emergência para todos dentro das suas especificidades.

Então, se existiu conversa sobre o tema urgência e emergência durante as formações, por exigência curricular, o que leva equipes a excluírem tais situações dos processos de trabalho? Os profissionais formados previamente ao ano de 2005, antes das DCNs da saúde entrarem em vigor, não aprendiam nada sobre atendimento de urgência e emergência? Talvez seja primeiro um desconhecimento das políticas públicas em saúde e depois uma cultura de que questões de urgência e emergência não fazem parte de qualquer nível de assistência, exceto na dos prontos atendimentos e emergências hospitalares. Uma terceira possibilidade é examinar as condições de saúde e de trabalho dos profissionais da AB.

Existe um vasto campo de discussão para o tema urgência/emergência fora dos setores tradicionais de atendimentos a essa demanda. Sendo assim, é importante desenvolver ações de educação permanente para introduzir o tema políticas públicas de urgência e emergência e o atendimento a essas situações.

Frente ao exposto, o objetivo deste ensaio é voltar às políticas públicas de saúde que versam sobre o assunto 'Atenção Básica' e 'urgência/emergência vigentes no Brasil'. A formação de todos os profissionais está em questão e isso pode ser um transformador em e nos processos de trabalho. Um dos instrumentos impulsionadores na formação no trabalho é a Educação Permanente em Saúde (EPS). De acordo com Gómez (2012), a EPS constitui num momento de reflexão sobre o fazer onde o indivíduo está inserido.

A AB é uma das portas de entrada para o atendimento do SUS. No Brasil, o direito à saúde está garantido a partir da Constituição Federal de 1988. Foi a partir da promulgação da Constituição,

> que a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, prevendo a redução do risco de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção,

> proteção e recuperação da saúde, que devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas (FORTES et al., 2010, p. 18).

A saúde passou, assim, a ser direito de todos e dever do Estado garantido pela Constituição, prevendo a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Nesse mesmo documento existe a garantia da construção do SUS como uma política pública de saúde que foi ganhando forma a partir das discussões dos movimentos sociais, de trabalhadores e população em geral. Dentre as competências do SUS, além de cuidar da saúde da população brasileira, está a ordenação da formação dos recursos humanos (BRASIL, 1988).

Voltando à dúvida inicial, os profissionais da AB tiveram formação em urgências/emergências durante suas trajetórias acadêmicas? Por que na UBS há profissionais que se eximem (a maioria[1]) desse tipo de atendimento? Justificam que urgências/emergências devem ser atendidas nas portas de entradas hospitalares e unidades de pronto atendimento. Tobase e Tomazini (2017) dizem que a AB consiste na assistência prestada no primeiro nível de atenção ao paciente portador de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possam causar sequelas. Fato que contrapõe a maioria das realidades das Unidades de Saúde.

O SUS foi formalizado a partir da publicação da Lei 8080/90 e, dentre suas responsabilidades, está a ordenação, da formação de recursos humanos, participando da formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 1990). A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Então, no final da década de 80 e início de 90, o direito à saúde já é garantido por lei. Por que em 2018 (28 anos depois), ainda nos deparamos com situações como as citadas anteriormente? Acredito que isso ainda acontece devido ao desconhecimento das políticas públicas por parte dos profissionais e gestores do SUS. Sim, uma grande parcela de trabalhadores não gosta nem de ouvir falar o termo 'política', dificultando o entendimento do seu fazer diário, o que reflete em suas práticas de cuidado aos usuários e da própria saúde.

**Entre os saberes populares e a Educação Permanente em Saúde (EPS)**

Existe um caminho para reduzir as discrepâncias entre o saber e fazer em urgência/emergência na AB que é introduzir e/ou fortalecer o processo de EPS. Segundo Ceccim (2005), o fortalecimento da EPS deve acontecer, pois os conhecimentos e saberes tecnológicos se

[1] Constatação empírica realizada a partir do projeto 'O que fazer até o SAMU chegar?'. Nas ações de ensino aos profissionais da AB, esses se pronunciavam que ali na Unidade de Saúde, "não é local de atender urgências/emergências".

renovam muito rapidamente na área da saúde. Morais Filho et al. (2013) complementam que, frente a necessidade de atualização e velocidade que os conhecimentos se modificam e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde pensar em EPS se torna um processo necessário. Franco (2007) propõe como base na reorganização dos processos de trabalho e produção de cuidado a EPS, pois ela aparece como metodologia eficaz para agregar novos conhecimentos e tornar as equipes protagonistas nos seus cenários de trabalho.

Entretanto, é necessário lembrar que a EPS sozinha não consegue provocar mudanças é necessário o apoio sociedade. A sociedade participa dos processos de formação através do ensino, controle social e gestores. A participação desses atores para o fortalecimento da EPS é um desafio para os serviços do SUS (MORAIS FILHO et al., 2013). É importante articular os setores da sociedade, pois a equipe sozinha talvez não alcance os resultados esperados de suas demandas o que pode gerar frustração ao grupo.

Além disso, a implementação da EPS num serviço de saúde não depende só da equipe que está *in locu* trabalhando para as transformações nos ambientes de trabalho. Há situações nas UBS que impedem o desenvolvimento de ações de EPS, tais como resistência ou desgaste do grupo de trabalho, poucos profissionais compondo os núcleos de cuidado, unidades desequipadas e com falta de materiais básicos para a produção do cuidado.

Ceccim (2005, p.163) diz que,

> Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Além dos obstáculos citados, existe também o problema da rotatividade de profissionais nos serviços de saúde devido à terceirização ou contratos por determinados períodos, o que prejudica as práticas de educação permanente. Essa instabilidade de pessoal no grupo faz com que as práticas de EPS sejam reiniciadas constantemente, o que desestimula a equipe remanescente.

A Política Nacional de Educação Permanente enfrenta em seu cerne limites ao dar grande peso ao trabalhador como processo de mudança desconsiderando os processos estruturais. Mesmo com a criação do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que tem como objetivo atuar para que haja melhores condições de trabalho em saúde no SUS, percebe-se que a precarização tem se ampliado a cada dia (LEMOS, 2016).

Frente ao exposto, a EPS difere da teoria com a realidade vivenciada nos serviços de saúde, pois nem sempre as equipes encontram tempo, dentro do horário de trabalho, devido redução no número de pessoal, metas a cumprir, o que sobrecarrega a equipe. Vejo tudo isso com um olhar

cauteloso, pois é necessário ter a sensibilidade de cuidar da equipe que nos cerca e não de adoecê-la mais, culpabilizando-a pelas fragilidades dos processos de trabalho.

Retomando o ponto inicial da argumentação do ensaio: 'usuários em situações agudizadas de saúde e que não encontram acolhimento para seu problema dentro das unidades básicas'. Esse nó é tenso e para começar a 'afrouxar', a EPS pode ser uma boa rota, a partir dela pode ocorrer a reflexão sobre as políticas públicas que guiam a AB e as urgências e emergências.

EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho (BRASIL, 2007). E mais, a EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais.

A Política Nacional de Educação Permanente consiste num avanço no pensar em ensino-aprendizagem na esfera do trabalho. Isso porque a lei 8080/90 definiu somente a educação continuada[1] como método e estratégia para a formação dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

No início do SUS falávamos em educação continuada e hoje falamos em educação permanente, um movimento reflexivo dos processos de trabalho. Às vezes, é necessário para demandas específicas discutidas na EPS realizar a educação continuada.

> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007, p. 2).

Na medida em que descortino as políticas que regem o SUS, compreendo melhor o meu papel de educadora e trabalhadora da saúde. Isso porque, acredito que nos momentos de EPS precisamos discutir as políticas públicas, quem às executa e assim teremos uma melhor compreensão do que constitui cuidar de pessoas.

Completando o pensamento,

> A EPS é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007, p. 13).

[1] Educação continuada é um processo que inclui as experiências posteriores a educação inicial que ajudam o pessoal a aprender competências específicas para o seu trabalho (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1982).

Um dos momentos mais adequados para refletir os processos de trabalho e o saber/fazer é na EPS. As equipes da AB que já tem a EPS integrada no seu cotidiano de trabalho podem realizar uma leitura exploratória das políticas públicas que falam sobre o atendimento das urgências e emergências nas Unidades Básicas. E, para aquelas que a EPS não é uma realidade palpável, iniciar um movimento de reflexão sobre o trabalho a partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017 e, assim, se (re)conhecer como integrante de uma rede de cuidado em saúde. EPS é identificar demandas, pensar em melhorias institucionais, baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios (BRASIL, 2007).

**A Política Nacional de Urgências e Emergências e a Atenção Básica**

Partindo da prerrogativa que os locais de saúde supracitados já tenham como prática a EPS, passo para a análise da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e para a Política Nacional das Urgências e Emergências, nos parágrafos que citam a responsabilidade da AB quanto à formação e atendimento às urgências/emergências.

A AB é um conjunto de ações de saúde individuais ou coletivas realizadas por equipes multiprofissionais e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

No texto da PNAB, todas as UBSs são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017). Esses locais de produção de saúde devem desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais para estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, melhorando os serviços ofertados às pessoas (BRASIL, 2017).

Sobre o atendimento das urgências/emergências, a PNAB aponta que a UBS é o centro da comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados (BRASIL, 2017). Esse documento informa que processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento.

Dessa forma, entende-se que situações de risco iminente à vida devem ser atendidas e estabilizadas, utilizando dos materiais e recursos humanos presentes e pertencentes à UBS e encaminhadas pelo serviço de ambulâncias para o local mais adequado. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2017). É importante que já no acolhimento seja feita a classificação de risco, para que nos casos exemplificados neste texto, e em muitos outros que ocorrem diariamente, sejam dadas as condições mais adequadas de cuidado aos usuários do SUS.

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta de trabalho que consiste numa escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários (BRASIL, 2017). O acolhimento se organiza conforme a necessidade do usuário, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

No conceito de Acolhimento e Classificação de Risco, os pacientes passam a ser atendidos por nível de necessidade e não por ordem de chegada, permitindo, assim, uma padronização por categorias, em relação ao evento apresentado e ao tempo esperado para atendimento (QUILICI; TIMERMAN, 2011). Esse fazer surge a partir da política Nacional de Humanização para substituir a triagem. Essa classificação de risco consiste num importante instrumento para identificar a situação real do usuário, prestando-se à assistência imediata nos agravos de baixa e média complexidade, compatível ao suporte da AB (TOBASE; TOMAZINI, 2017).

O manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências converge que a AB deve dar o primeiro atendimento às situações de urgências/emergências em ambiente adequado até a resolução ou transferência/encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção (BRASIL, 2013). É dever do poder público ordenar o atendimento às urgências e emergências, possibilitando acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para pacientes com qualquer nível de gravidade (BRASIL, 2002). Tal postura resolutiva adequada aos casos ocorre mediante a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Esse manual guia as equipes sobre o papel da AB nas urgências reforçando que esse setor deve ser base, resolutivo, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2013). Com isso, a AB é identificada como coordenadora da atenção à saúde em situações de urgência e emergência. Face à realidade, é fundamental que os envolvidos na atenção em urgência e emergência conheçam as políticas públicas relacionadas ao tema e se articulem na proposição das mudanças necessárias, considerando, obviamente, as diversidades locorregionais do panorama brasileiro (TOBASE; TOMAZINI, 2017).

**Considerações finais**

Essa breve (re)leitura das políticas que regulamentam o atendimento em saúde nos casos de risco iminente à vida, vem descortinar um assunto que para algumas equipes de saúde ainda é um tabu, que é o atendimento às urgências e emergências na AB. Entretanto, a incorporação do Acolhimento com Classificação de Risco na rotina das equipes de AB tem trazido o tema à discussão nos grupos.

A resistência pode ser explicada por diferentes fatores, como o desconhecimento das políticas públicas e processos de trabalho, falhas na formação da graduação ou mesmo o pouco

treinamento para o atendimento às situações agudas nas UBSs. E, para além, o sucateamento dos serviços de saúde, precarização dos ambientes de trabalho, terceirização dos contratos fragilizando o processo e as relações de trabalho em saúde.

Mesmo diante de tantos desafios sobre o atendimento às urgências e emergências na AB, existe um local de fala que pode fortalecer essa temática e realizar transformações no universo dos trabalhadores e usuários, que é a educação permanente em saúde.

A EPS ultrapassa as fronteiras do momento de reunião dos trabalhadores. Ela acontece diariamente no encontro das pessoas ao possibilitar a reflexão sobre formas de melhorar os processos de trabalho, a escuta às necessidades dos usuários ou colegas e até mesmo a observação da realidade local onde a Unidade está inserida, propondo melhorias na qualidade de vida. Utilizar a EPS como um instrumento de trabalho para a construção de uma política de atendimento às urgências e emergências na AB é fundamental para poder garantir ao usuário um atendimento resolutivo, respeitoso e atento à dignidade humana diante todas suas especificidades.

## Referências


AGUIAR, F. S. **Protocolo de diagnóstico e tratamento de asma da sociedade do estado do Rio de Janeiro.** 2018. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/wp-content/uploads/2018/04/protocolo-asma-SOPTERJ-2018-abril.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>.Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Portaria 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2014. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.,** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

FORTES, J. I.; OLIVEIRA, S. C.; CRUZ, S. C. G. R.; MATSUI, T. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência. 1ª ed. São Paulo: FUNDAP, 2010.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface Comunic., Saúde, Educ.,** Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.

GÓMEZ, M. J. A. Globalização, desenvolvimento local e educação permanente. In: ZAYAS, E. L. (Org.). **O paradigma da educação continuada.** Porto Alegre: Penso, 2012. p. 136-159.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, La Paz, v. 97, n. 2, p. 226-234, jun. 2018.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

MORAIS FILHO, L. A. M. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço. **Rev. Rene (Online)**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 1050-1060, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3649>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Continuando la educación de los trabajadores de salud:** principio e guias para el desarrolo de um sistema. Genebra. 1982.

QUILICI, A. P.; TIMERMAN, S. **Suporte básico de vida:** primeiro atendimento na emergência para profissionais da saúde. São Paulo: Manole, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde. UNESCO, 2002.

TOBASE, L.; TOMAZINI, E. S. **Urgências e emergências em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Centro de ciências da saúde. **Epilepsia:** material educativo. Florianópolis: UFSC, 2012. Disponível em: <http://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/09/Folder-para-pacientes_EPILEPSIA.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018. Acesso em: 12 set. 2018.

# Ensaios e debates

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POSSIBILIDADE OU DESAFIO PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL?

## PERMANENT HEALTH EDUCATION: POSSIBILITY OR CHALLENGE FOR MENTAL HEALTH WORKERS?

## EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: POSIBILIDAD O DESAFÍO PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD MENTAL?

Daiane Schellin Berwaldt[1]

**Resumo**
O presente artigo busca realizar um paralelo entre Educação Permanente em Saúde (EPS) e Política de Saúde Mental. As ações de EPS são possibilidades estratégicas de formação/capacitação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde que podem estimular a maior e melhor qualificação dos profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde mental e, consequentemente, dar mais efetividade às ações de cuidado em saúde mental. O artigo está organizado em dois momentos. O primeiro trata das possibilidades e desafios do cuidado em saúde mental e o segundo argumenta sobre a possibilidade da qualificação do cuidado pela interação entre educação permanente e saúde mental. A EPS no contexto da saúde mental pode garantir aos usuários, profissionais e gestores a desinstitucionalização de determinadas situações de cuidado em saúde mental, bem como o protagonismo dos usuários na perspectiva de garantia de direitos, cidadania e transformação do contexto social ao qual estão inseridos.
**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

**Abstract**
This article seeks to draw a parallel between Permanent Education in Health (PEH) and Mental Health Policy. The PEH care are strategic possibilities of training/qualification of workers of the Unified Health that can stimulate a greater and better qualification of the professionals, managers and users of the mental health services and, thus, provide more effectiveness to mental health care. The article is organized in two moments. The first deals with the possibilities and challenges of mental health care, and the second deals with the possibility of qualifying care through the interaction between permanent education and mental health. PEH in the context of mental health can ensure to the users, professionals and managers the deinstitutionalization of certain mental health care situations, as well as the protagonism of the users, in the perspective of guarantee of rights, citizenship and transformation of the social context to which are inserted.
**Keywords:** Permanent Education in Health. Mental Health. Unified Health System.

**Resumen**
El artículo busca presenta un paralelo entre Educación Permanente en Salud (EPS) y la Política de Salud Mental. Las aciones de EPS son possibilidades estratégicas de formación/capacitación de los trabajadores del Sistema Único de Salud que pueden estimular la cualificación mejor de los profesionales, gestores e usuários de los servicios de salud mental y, consecuentemente, proporcionar más efetividade a las aciones de cuidado em salud mental. El artículo está organizado en dos momentos. El primero trata de las posibilidades y desafíos

[1] Assistente Social, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: daiane.s@hotmail.com

del cuidado en salud mental y el segundo argumenta sobre la posibilidad de la calificación del cuidado por la interacción entre educación permanente y salud mental. La EPS en el contexto de la salud mental puede garantizar a los usuarios, profesionales y gestores la desinstitucionalización de determinadas situaciones de cuidado en salud mental, así como el protagonismo de los usuarios, en la perspectiva de garantía de derechos, ciudadanía y transformación del contexto social al cual se insertan.
**Palabras-clave:** Educación Permanente en Salud. Salud Mental. Sistema Único de Salud.



## Introdução

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009, p. 20).

Esse fragmento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta a possibilidade de novos movimentos no fazer profissional, pois traz para o cotidiano de trabalho a retomada do processo de formação. Compromete e implica os profissionais da área da saúde a assumirem a complexidade de contemplar teoria e prática no contexto da atuação profissional e, ao mesmo tempo, um despojar-se, uma aceitação de que as transformações na saúde, muitas delas marcadas pelos determinantes sociais do processo saúde-doença e pelas relações de poder, precisam ser repensadas e analisadas criticamente.

A compreensão de que a EPS possibilita a incorporação do aprender e do ensinar no cotidiano do trabalho torna-se potência para a produção do cuidado, fazendo com que o trabalhador seja protagonista de mudanças no fazer profissional.

Por meio da EPS, onde ensino e serviço contemplam a qualificação do cuidado, o processo de aprendizagem significativa pode viabilizar a leveza na prática profissional. Conforme apresenta o documento da Política Nacional de Atenção Básica, a EPS:

> deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012, p. 39).

O trabalho em saúde requer escuta e a interação entre o profissional de saúde e o usuário se torna determinante na resposta assistencial. A EPS pode promover e produzir sentidos, baseados na reflexão crítica das práticas cotidianas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Silva e Cordeiro (2016) argumentam que a educação permanente possibilita uma postura crítica, de autoavaliação dos modos de fazer, autogestão, bem como autoformação, o que impulsiona o trabalho interdisciplinar, com transmissão de saberes no fazer profissional.

Diante do exposto, refletir sobre a EPS, no âmbito dos processos de trabalho dos profissionais que atuam diretamente com usuários que necessitam do cuidado em saúde mental,

objetivo deste artigo, não é apenas necessário, mas fundamental. Os cuidados em saúde mental evoluíram e podem se apresentar como uma forma de compreender o mundo em que vivemos, visto que o modo com que cuidamos do outro é o espelho de nós mesmos enquanto profissionais da saúde.

O artigo está organizado em dois momentos. O primeiro trata das possibilidades e desafios do cuidado em saúde mental e o segundo argumenta sobre a possibilidade da qualificação do cuidado pela interação entre educação permanente e saúde mental.

**Entre possibilidades e desafios do cuidado em saúde mental**

Na perspectiva de Scarcelli (2011), a saúde mental denota diferentes significados e entendê-la, como campo de saber e de prática, requer o diálogo entre diferentes disciplinas e saberes, desconstruindo saberes oriundos da herança psiquiátrica clássica e dando visibilidade ao novo lugar social para a manifestação da loucura. Assim, abrem-se novas possibilidades de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, no âmbito da saúde e da sociedade.

O cuidado 'ao outro' que demanda atenção em saúde mental vem ao encontro de desafios e possibilidades no fazer profissional, onde as mudanças nas políticas públicas, na teoria e na prática profissional, se estabelecem como oportunidades para este cuidado, buscando romper estigmas, por meio de novas atitudes e reconhecendo os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

> Refere-se à ousadia de inventar outro modo de cuidar e de reinventar a sociedade, constituindo outro lugar para o louco. Trata-se de constituir uma ética de respeito à diferença e de construir a saúde como promoção e produção de autonomia, liberdade, como defesa radical da vida. Defesa que almeja a transformação social. Neste sentido, é um processo social complexo que engendra um processo civilizador (FERNANDES; CAMPOS, 2016, p. 21).

O processo saúde-doença-cuidado da pessoa, família e comunidade deve estar vinculado à realidade de trabalho das diferentes categorias profissionais que atuam em saúde mental, buscando assumir a integralidade e interdisciplinaridade das ações no cuidado, o que implica repensar o próprio processo de formação dos profissionais.

> Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p. 63).

O cuidado em saúde mental é desse modo, permeado por movimentos que se transformam no encontro, na singularidade das situações, onde o potencial educativo do trabalho pode compor

intervenções que venham ao encontro das necessidades das pessoas, de acordo com a sua realidade, contexto social e singularidade.

A aproximação entre educação e vida cotidiana surge do reconhecimento do potencial educativo do trabalho, trabalho como espaço transformador, onde as situações diárias se transformam em aprendizagem, onde se analisa reflexivamente os problemas da prática, valorizando o processo em seu contexto (BRASIL, 2009).

É no contexto de trabalho cotidiano em saúde mental, que a formação acadêmica vai embasar o fazer profissional, o que traz à tona os processos de aprendizagem ao longo da trajetória de educação, amalgamando às transformações que o cotidiano apresenta.

Diferentes categorias profissionais estão regulamentadas na área da saúde e atuam frente às políticas públicas, integrando equipes multiprofissionais que atuam em saúde mental. No entanto, há necessidade de avanços no processo de formação desses profissionais, a fim de impulsionar a prática frente aos desafios das ações na atenção à saúde mental.

Conforme Lewgoy (2010, p. 44):

> Uma formação orientada para a heterogeneidade, característica presente em qualquer grupo humano, passa a ser percebida como componente pedagógico-político imprescindível para as interações no cotidiano acadêmico. Seguindo essa linha de pensamento, entende-se que os distintos ritmos, comportamentos, experiências, trajetórias pessoais, contextos familiares, valores e níveis de conhecimento de cada um (aluno e professor) imprimem ao cotidiano acadêmico a possibilidade de troca de repertórios, de visão de mundo, confrontos, ajuda mútua e, consequentemente, ampliação das capacidades individuais.

Nesse prisma, a formação dos profissionais da saúde, deve romper barreiras no ensino, para uma formação que possibilite engrenagens de aprendizado diferenciadas, as quais, no encontro com os pares, poderão trazer novos movimentos no cotidiano de trabalho. Dentre essas engrenagens de aprendizado estão os contextos educacionais onde há autonomia do educando nos processos de conhecimento, os quais, muitas vezes, rompem com métodos tradicionais de ensino e podem voltar-se para a atuação nos espaços de saúde, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Estudo de Lopes (2011) mostra que, na educação, o estado capitalista mínimo traz a pedagogia hegemônica, reservando à educação a reprodução de ideologias que naturalizem as relações sociais capitalistas, como única alternativa, não oferecendo à classe trabalhadora, a possibilidade de formação crítica e operadora de transformação.

Frente a isso, os educadores nos diferentes espaços de formação possuem o desafio de articular distintas metodologias de ensino-aprendizagem, utilizando-se, por exemplo, das metodologias ativas, permitindo a observação das singularidades, dos coletivos, de forma crítica, ético-política, a fim de intervir nos processos do cuidado no território de atenção à saúde.

Segundo Mitre et al. (2008), as metodologias ativas possuem na problematização, a estratégia de ensino-aprendizagem, visando motivar o discente, onde há a possibilidade de se deter,

examinar, refletir e relacionar a sua história e, assim, ressignificar suas descobertas. A problematização pode proporcionar informações e produzir conhecimento, na perspectiva de solucionar impasses e facilitar a identificação de dimensões e caminhos para respostas ou mesmo soluções criativas para os problemas (MELO; QUELUCI; GOLVÊA, 2016).

Outro desafio no âmbito da formação dos profissionais da saúde, na atualidade, é a promoção de espaços de EPS, o que implica em um replanejamento das atividades teórico-práticas, impulsionando um processo de educação 'vibrante', viabilizando a potência do trabalho com novos sentidos para esses profissionais. Enquanto estratégia educativa que incorpora a problematização, a contextualização da realidade e o estímulo ao pensamento crítico, a educação permanente realizada no espaço do trabalho em saúde apresenta-se com grande potencial para contribuir na melhoria da qualidade dos serviços e condições de trabalho (PEREIRA et al., 2018).

No cuidado em saúde mental, a EPS como proposta educativa nos territórios do Sistema Único de Saúde (SUS) pode modificar as relações entre profissionais e usuários, bem com os estigmas gerados no cotidiano dos serviços, levando ao cuidado compartilhado nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

Destaca-se, também, que a base territorial desse cuidado, onde diferentes profissionais atuam, prioriza serviços próximos à moradia do usuário, buscando vincular as pessoas com sofrimento psíquico aos serviços de Atenção Básica ou aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e não mais em instituições totais como, por exemplo, os manicômios.

Souza (2015) refere que na Atenção Básica, a inclusão do cuidado em saúde mental traz a oportunidade de rever práticas como a possibilidade da escuta, do vínculo e dos afetos, direcionando para a integralidade do cuidado.

As intervenções em saúde mental se dão a partir das vivências dos usuários no território, com suas singularidades e no contexto de sua comunidade. Cabe aos profissionais refletirem sobre o que realizam cotidianamente em suas práticas, que recursos da comunidade oferecem ao usuário, como atuam em relação ao manejo das situações (BRASIL, 2013).

Reitera-se, desse modo, que as mudanças na prática profissional para o cuidado em saúde mental, têm nos processos de EPS, a oportunidade de um embasamento pedagógico que qualifique a prática profissional a partir do diálogo entre educação e saúde, no contexto que envolve trabalhadores, gestores e usuários do SUS.

## À guisa de conclusão

A EPS possibilita um repensar a prática pelo aprendizado no espaço de trabalho, onde o fazer profissional ganha novas possibilidades, o que permite a qualificação do cuidado em saúde mental. É uma qualificação do cuidado que se justifica pelos seguintes argumentos:

- a relação entre EPS e cuidado em saúde mental não só possibilita, como se apresenta como necessária para dar conta da ênfase proposta pelo Ministério da Saúde de melhor repensar as práticas, para articular as mudanças necessárias no âmbito assistencial;
- o processo de ressignificar e assumir outras práticas permitem a médio/curto prazo a desinstitucionalização adequada de determinadas situações de cuidado em saúde mental;
- a EPS garante a aproximação do ensino nos espaços de saúde, pois exige reflexão crítica da prática profissional, o que gera novas abordagens e aprendizados.

Por fim, entende-se que a EPS traz possibilidades de educação nos espaços de saúde e, com isso, oportuniza a qualificação das ações em saúde com resolutividade e reorganização dos serviços. Nas práticas de saúde mental, pode compor diferentes saberes e práticas, tornando possível o protagonismo dos usuários com sofrimento psíquico, nos diversos cenários e níveis de atenção à saúde.

**Referências**


AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 63 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

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

CORDEIRO, B. C; SILVA, A. N. Curso em Ambiente Virtual de Aprendizagem: ferramentas de educação permanente para trabalhadores de saúde. In: SOUZA, A. C. et al. (Org.). **Formação e educação permanente em saúde**: processos e produtos no âmbito do mestrado profissional. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 145-156.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. **Reconhecer o patrimônio da reforma psiquiátrica**: o que queremos reformar hoje. São Paulo: Hucitec, 2016.

LEWGOY, A. M. B. **Supervisão de estágio em Serviço Social**: desafios para a formação e exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LOPES, E. F. S. Educação para os trabalhadores em saúde: da educação fetichizada à educação dialógica. In: MACHADO, C. L; MANFROI, W. C. (Org.). **Caminhos do novo e as resistências.** Porto Alegre: Itapuy, 2011. p. 45-51.

MELO, M. S; QUELUCI, G. C; GOLVÊA, M. V. Guia de ensino prático na residência em oncologia: o uso da problematização para o desenvolvimento da autonomia no estudo. In: SOUZA, A. C. et. al. (Org.).

**Formação e educação permanente em saúde**: processos e produtos no âmbito do mestrado profissional. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 91-102.

MITRE, S. M. et al. Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PEREIRA, L. A. et al. Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SOUZA, A. C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica**: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec, 2015.

# Ensaios e debates

## O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO DESAFIO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

## THE ROLE OF THE COMMUNITY HEALTH WORKER IN THE CHALLENGE OF THE NEW NACIONAL POLICY OF PRIMARY HEALTH CARE

## EL PAPEL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ANTE EL DESAFÍO DE LA NUEVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN BÁSICA

Helena Pereira Rodrigues da Silva[1]

Michele Neves Meneses[2]

Denise Bueno[3]

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[4]

**Resumo**

Este ensaio propõe-se a discorrer sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) à luz do novo texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Partindo da atuação específica desse profissional, o artigo busca contribuir com reflexões acerca do modelo de atenção à saúde que poderá se consolidar a partir dessas transformações. O ACS é essencial na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) por fortalecer a integração entre os serviços de Atenção Básica à Saúde e a comunidade. É personagem protagonista na efetivação de uma prática que considere o conceito ampliado de saúde. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, atuando desde a identificação dos fatores que interferem na saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, exercendo inclusive a função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade. As mudanças no texto da PNAB devem ser acompanhadas com atenção, uma vez que o ACS enquanto profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família, é um agente promotor de saúde que dialoga com as pessoas em seus territórios e que atua nas desigualdades em saúde.

[1] Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: helena.pereira@gmail.com

[2] Enfermeira na Prefeitura Municipal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular e Saúde – ANEPS/MOPS. Educadora Popular em Saúde. Especialista em Abordagem Multidisciplinar em Dependência Química. Especialista em Educação Permanente em Saúde. Especialista em Vigilância Ambiental em Saúde. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: michelemeneses22@gmail.com

[3] Farmacêutica. Professora associada IV do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia. Professora permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

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

**Palavras-chave**: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

**Abstract**
This essay will discuss the role of a Community Health Worker (CHW) in the updated version of the Brazilian Primary Health Care Policy. Based on the specific functions of these professionals, the thesis presents reflections about the health care model that could be consolidated from these transformations. The CHWs are essential for strengthening the integration between Primary Health Care services and the community in the Brazilian national public health system (SUS). They have a leading role in the implementation of practices that consider the expanded concept of health. The main objective of the CHW is to increase the quality of life of people and the community, by identifying factors that interfere in their health, health promotion, disease prevention, and even by stimulating and organizing the community's claims. The changes in the text of the PNAB should be closely followed, since the ACS as a professional of the Family Health Strategy team, is a health promoting agent that dialogues with people in their territories and that acts on health inequalities.
**Keywords**: Community Health Workers. Primary Health Care. Unified Health System. Public Health Policy.

**Resumen**
En este ensayo se propone destacar el papel del Agente Comunitario de Salud (ACS) a la luz del nuevo texto de la Política Nacional de Atención Básica. A partir de la actuación específica de este profesional, el artículo espera contribuir con reflexiones sobre el modelo de atención a la salud que podrá consolidarse a partir de esas transformaciones. El ACS es esencial en la implementación del Sistema Único de Salud para fortalecer la integración entre los servicios de Atención Básica a la Salud y la comunidad. Es un personaje protagonista en la consolidación de una práctica que considere el concepto ampliado de salud. Su trabajo tiene como principal objetivo contribuir a la calidad de vida de las personas y de la comunidad, actuando desde la identificación de los factores que interfieren en la salud, la promoción de la salud, prevención de enfermedades e incluso, practicando la función de estimulación y organización a partir de los reclamos de la comunidad. Los cambios en el texto de la PNAB deben ser acompañados con atención, una vez que el ACS como profesional del equipo de la Estrategia Salud de la Familia, es un agente promotor de la salud que dialoga con las personas en sus territorios y que actúa en las desigualdades en salud.
**Palabras-clave**: Agentes Comunitarios de Salud. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Políticas Públicas de Salud.

## Introdução

No processo de consolidação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve papel estruturante, tornando-se a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no país, comprometida com a garantia da universalidade e integralidade das ações em saúde. A equipe mínima da ESF é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), tendo esse último, papel de destaque na equipe, principalmente no que tange ao vínculo da comunidade com o sistema de saúde (BRASIL, 2012). O presente ensaio tem como intenção discorrer sobre o papel do ACS à luz do novo texto da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Partindo da atuação específica do profissional ACS no contexto da Atenção Básica à Saúde, o artigo busca contribuir com reflexões acerca do modelo de atenção que poderá se consolidar no Brasil a partir dessas transformações.

O aspecto que representa um grande diferencial dessa categoria profissional é a comunicação facilitada que possui com os usuários do serviço de saúde, pela proximidade, identificação e aspectos culturais compartilhados (REIS et al., 2006; COSTA et al., 2013). É um profissional que fortalece as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O ACS identifica mais rapidamente os riscos à

saúde, pois atua no dia a dia da comunidade que está inserido, morando no território, visitando as residências, estando junto com as famílias, pessoas e comunidade, aproximando o serviço de saúde da população (BRASIL, 2009). O trabalho do ACS junto à equipe da ESF modificou muito o entendimento do cuidado em saúde, o qual passou a integrar o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida (SILVA; DALMASO, 2004). O ACS é essencial para a concretização da ESF e também da efetivação de uma prática que considere o conceito ampliado de saúde. Por meio de seu trabalho junto às comunidades, é considerado um elemento nuclear das ações em saúde, sendo o elo entre a comunidade e a equipe.

As atribuições dos ACS foram estabelecidas, primeiramente, pela Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 e foram descritas em 2012 na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012). São mencionadas como atribuições do ACS atividades que fazem parte do conhecimento do território (cadastramento e mapeamento) e acompanhamento das famílias, de acordo com critério de vulnerabilidade (orientação das famílias em relação ao uso do serviço de saúde, promoção da integração entre os profissionais e as famílias, desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde) (BRASIL, 2012). O ACS orienta tanto a comunidade como o serviço de saúde em relação às situações de risco enfrentadas pelas famílias, portanto, assume papel de sujeito articulador, sendo fundamental no elo da mudança de hábitos de vida, bem como nas condições de saúde (BRASIL, 2009).

Em 2017 foi publicada a nova PNAB, pela Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) que, em uma formulação e reestruturação de política sem orientações claras, traz à luz uma transformação na perspectiva de cuidado à saúde. Abre, dessa maneira, espaço para o fortalecimento das 'Unidades de Atenção Básica'. Segundo o texto da Portaria, as equipes de saúde:

> [...] deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais (BRASIL, 2017, p. 71).

Importante salientar que essas Unidades 'tradicionais' não possuem vínculo com a comunidade, possuindo a lógica de atendimento por livre demanda, centrado na doença e em práticas curativas. A mudança da legislação também prevê que não há necessidade de ter equipe fixa de 40h semanais, sendo um cuidado hegemônico e de saúde mínima, nominado como 'padrão essencial'. Em relação ao ACS, não existe mais a obrigatoriedade de um número mínimo de ACS por equipes para que a população tenha 100% de cobertura. O número de ACS, agora, é definido pela gestão local, a partir de critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. A cobertura de 100% da

população, com o número máximo de 750 pessoas por cada ACS, é recomendada apenas para áreas de risco e vulnerabilidade social, ficando a cargo do gestor local essas caracterizações. Tal fato abre precedentes para o não cumprimento da cobertura total da população e volta para a lógica de saúde exclusivamente para os pobres, em oposição ao princípio da universalidade do SUS (BRASIL, 2017a).

Em 2006, os ACS foram reconhecidos constitucionalmente pela implementação da Emenda Constitucional 51/2006, a qual possibilitou aos municípios a contratação dos referidos profissionais por meio de processo seletivo público (BRASIL, 2006). A Emenda exigiu que eles fossem servidores, com garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Uma conquista que foi fruto da luta dos próprios ACS, já que, antes disso, eram profissionais com vínculos frágeis de trabalho. Em 2014, no governo Dilma, esses profissionais conquistaram o piso da categoria que exige uma remuneração acima do mínimo, com a Lei Federal 12.994/2014, instituído o piso salarial da categoria em R$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais), para uma jornada de quarenta horas semanais (BRASIL, 2014). Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente até 2017 estabelecia quantos ACS eram obrigatórios, por equipe de Saúde da Família, sendo quatro, o número mínimo. Tem-se, assim, um cenário que pode gerar a precarização do trabalho desse profissional, retirando a exigência de um mínimo de ACS por equipe, conforme exposto na nova PNAB.

Situações do cotidiano de trabalho do ACS trazem dilemas culturais, religiosos, territoriais e relacionados à educação, a diversidade de realidades com as quais o esse profissional tem de lidar e que, muitas vezes, transcendem o campo saúde pois fala de condições de vida que abrangem uma atuação intersetorial (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; LAVOR, 2004).

O eixo central do trabalho do ACS está no processo educativo, por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, além de ser o elo com a comunidade e reconhecer o território com excelência, pela nova PNAB, sua função será mais assistencial, centrada em doenças. Trata-se de um fazer saúde baseado na execução de técnicas específicas. Como exemplo disso, a atual PNAB traz novas atribuições a esse profissional, como executar a aferição de temperatura axilar e pressão, realizar medição de glicemia capilar e orientações relacionadas à administração de medicamentos (BRASIL, 2017a), sendo estas, funções da competência legal dos profissionais de Enfermagem, previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 (COFEN 1986) e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87 (COFEN, 1986). Os curativos e cuidado com feridas também são, até então, competência da equipe de Enfermagem e apresentam normatização específica, segundo a Regulamentação do Exercício da Enfermagem (BRASIL, 1987) e a Resolução COFEN nº 567/2018 (BRASIL, 2018).

É um cenário de uma grande mudança no que diz respeito ao cuidado em saúde em território brasileiro, mas também, às atribuições do ACS, uma vez que essa é a categoria que possui maior

contingente profissional na Atenção Básica. Observa-se que determinadas alterações propostas pela PNAB de 2017 vão aproximando-se do intento de uma cobertura universal e não de acesso universal à saúde, conforme preconizado na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). O termo cobertura universal de saúde se refere à prestação de um serviço ou de um conjunto de garantias que podem estar cobertas ou não, reduzindo a noção de saúde. O acesso para ser universal deve ser oportuno e eficaz aos serviços, indo ao encontro do princípio equitativo do SUS. Sem o acesso universal, a cobertura universal se transforma em meta inatingível. O acesso universal considera a saúde como resultado de um conjunto de outros subsistemas essenciais, como o da educação, da habitação, do trabalho, entre outros, que interagem para promover melhoria na qualidade de vida da população e, com isso, prevenir doenças (EVANS; HSU; BOERMA, 2013).

Juntamente à implementação da nova PNAB, a retirada de incentivos financeiros de programas da saúde por parte do governo federal tem ocorrido de forma progressiva. Pode-se constatar tal fato por meio do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento nos anos de 2017 e 2018, ao que tange, por exemplo, à Prevenção, Controle e Tratamento de Doenças Negligenciadas na Atenção Básica, que teve decréscimo de 83,33% no orçamento para o ano 2018. Na expansão e consolidação da Atenção Básica, porta de entrada do sistema de saúde, houve decréscimo de 11,92% de investimentos em 2018, quando comparados ao ano de 2017 (BRASIL, 2018). Corrobora com esse cenário a redução de orçamento devido à Emenda Constitucional 95 que coloca um teto nos gastos até o ano de 2036, congelando os investimentos por 20 anos na Saúde, Educação e Assistência Social (BRASIL, 2016).

Dessa forma, entende-se que o novo texto da PNAB está alinhado e se articula com a lógica de desregulamentação do repasse financeiro do SUS, em que houve a redução dos seis blocos (atenção básica, atenção especializada, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, produtos profiláticos e terapêuticos e alimentação e nutrição) para duas categorias, custeio e investimento (capital) (BRASIL, 2017b). Nesse novo modelo, os recursos passam exclusivamente para categorias orçamentárias (custeio e investimento), sendo o bloco de custeio a junção de todas as ações em saúde. Os recursos poderão ser direcionados para outros usos, autorizando o gestor local a escolher onde investir ou cortar e reduzir o SUS e, obviamente, abrindo espaço para a desqualificação de algumas ações em saúde, principalmente aquelas que não possuem visibilidade imediata, com as atividades de prevenção.

Além da reformulação da PNAB (BRASIL, 2017a), a diminuição do custeio em áreas da seguridade social ocorrida em 2016, pode demonstrar a reação dos setores políticos e econômicos conservadores na gestão do sistema de saúde brasileiro refletindo um entendimento diferente do anterior a este período histórico nacional quando a Constituição implantou em 1988 um Estado Social no Brasil.

> O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas, necessária para uma economia verdadeiramente soberana. O ataque também é à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas (MARIANO, 2017, p. 274).

Nesse contexto, em que se torna visível a possibilidade de retrocessos e a precarização de políticas públicas, é imprescindível defender a importância do papel do ACS não só como parte essencial da equipe da ESF, mas também como sujeito importante na consolidação dos direitos da saúde e sociais.

O ACS além de possuir o vínculo com a população, um dos componentes da integralidade do SUS, é muitas vezes a voz da comunidade dentro do sistema de saúde, pois apenas com ele se consolida a relação saber e fazer popular em ato, valorizando questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o científico (BRASIL, 2009).

Pensar e fazer saúde na busca pela promoção da vida da população brasileira e da democracia, por meio do fortalecimento do SUS, torna-se uma tarefa cotidiana mais do que árdua, principalmente para manter a chama acessa dos princípios da Reforma Sanitária brasileira de transformar a sociedade por meio da saúde. Um modelo que incorpore, além de outros profissionais, novos saberes, práticas e olhares em saúde e não o antigo modelo de saúde centrado em um único profissional, positivista, fragmentado por especialização, mecanicista, biologista, tecnicista, individualista e hospitalocêntrico, que tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e com entendimento de saúde como apenas a ausência de doença (SCHERER et al., 2005).

Torna-se necessário fortalecer o papel do ACS qualificando sua intervenção na comunidade como agente de promoção da saúde em um modelo que dialogue com as pessoas e que atue nas desigualdades em saúde. Defender o papel do ACS de educador e promotor da saúde é defender o SUS, a democracia, em uma perspectiva de sociedade justa, igualitária e equânime.

**Referências**

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (SIOP)**. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/siop/>. Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90. Lei orgânica da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 1997.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). Emenda constitucional n. 51, de 15 de fevereiro de 2006, modifica a Constituição Federal ao acrescentar os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da mesma. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, jun. 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2017b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Legislação para o Exercício da Enfermagem**, 1986. 6p. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/Leiprofissional.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto 94.406, de 08.06.87. Regulamenta a Lei nº. 7498/86, que dispõe do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **Documentos básicos de Enfermagem**. São Paulo, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 567, 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Brasília: **Diário Oficial da União**, fev. 2018.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

EVANS, D.; HSU, J.; BOERMA, T. Universal health coverage and universal access. **Bull. World Health Organ.,** Geneve, v. 91, p. 546-546, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>. Acesso em: 23 nov. 2018.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde**. SANARE Revista de Políticas Públicas,** Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2004.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

REIS, J. R. F.; BORGES, C. F. Contribuições históricas e políticas para a formação de agentes comunitários. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 98-120, 2016.

ROCHA, C. H.; TEIXEIRA, J. R. Complementaridade versus substituição entre investimento público e privado na economia brasileira: 1965-1990. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 378-384, jul./set. 1996.

SCHIER, A. C. R. **Serviço Público:** garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social. Curitiba: Íthala, 2016.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out. 2004.

STIGLITZ, J. **O preço da desigualdade**. Lisboa: Bertrand, 2014.

STUCKLER, D.; BASU, S. **A economia desumana:** por que mata a austeridade. Portugal: Bizancio, 2014.

# Ensaios e debates

## METODOLOGIAS ATIVAS NO PROCESSO FORMATIVO EM SAÚDE

## ACTIVES METHODOLOGIES IN THE TRAINING PROCESS IN HEALTH

## METODOLOGÍAS ACTIVAS EN EL PROCESO FORMATIVO EM SALUD

Marcelo Rodrigues Reser[1]

Cristine da Rocha[2]

Sabrina Lacerda da Silva[3]

**Resumo**

As metodologias ativas propõem que o indivíduo seja colocado no centro do processo de ensino-aprendizagem, estimulando-o e transformando-o no principal agente de seu desenvolvimento crítico e reflexivo. Este ensaio tem o propósito de discutir a utilização dessas metodologias ativas e sua contribuição na formação de profissionais da saúde. As mudanças no campo da ciência e tecnologia e também na sociedade provocam uma necessidade de rever a forma de praticar o processo educativo. Estudos sugerem o estímulo da autonomia, da relação dialética entre docente e discente, do respeito, da responsabilização, da reflexão crítica e da ressignificação. Para se atingir essa proposta, são necessárias mudanças das políticas educacionais e das posturas docente e discente. A problematização, como exemplo de metodologia ativa, situa o estudante ao problema e à realidade, favorecendo o exercício da ação-reflexão-ação. A avaliação dos resultados deve ser adequada ao processo educativo em uso, sendo caracterizada pela autoavaliação, colaboração, planejamento, dinâmica, estimulação, compreensão e confronto de experiências. A busca da qualidade do que se aprende e se ensina torna-se importante por considerar a diversidade dos sujeitos, seus ritmos de aprendizagem, dificuldades e interesses individuais e coletivos. Tal valorização impulsiona o uso das metodologias ativas, resultando na formação de profissionais mais críticos e comprometidos.

**Palavras-chave:** Ensino na Saúde. Metodologias Ativas. Ferramentas Educacionais.

**Abstract**

The active methodologies propose that the individual be placed at the center of the teaching-learning process, stimulating it and transforming it into the main agent of its critical and reflective development. This essay aims to discuss the use of these active methodologies and their contribution in the training of health professionals. The changes in the field of science and technology and also in society provoke a need to revise the way of practicing the educational process. Studies suggest the stimulation of autonomy, the dialectic relationship between teacher and student, respect, accountability, critical reflection and resignification. In order to reach this proposal, changes in educational policies and attitudes of teachers and students are necessary. The problematization, as an example of an active methodology, situates the student in the problem and reality, favoring the action-reflection-action exercise. The evaluation of the results should be appropriate to the

[1] Farmacêutico. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: reserbr@yahoo.com.br

[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cristine.13@hotmail.com

[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: binalacerda@hotmail.com

educational process in use, being characterized by self-assessment, collaboration, planning, dynamics, stimulation, understanding and confrontation of experiences. The search for quality of what is learned and taught becomes important considering the diversity of subjects, their learning rhythms, difficulties and individual and collective interests. Such valorization boosts the use of active methodologies, resulting in the formation of more critical and committed professionals.
**Keywords:** Health Education. Active Methodologies. Educational Tools.

**Resumen**
Las metodologías activas proponen que el individuo sea puesto en el centro del proceso de emseñanza-aprendizaje, estimulando e transformando él en el principal agente de su desarollo crítico y reflexivo. Este ensayo tiene el propósito de discutir sobre el uso de esas metodologías activas su contribución en la formación de los profisionales de la salud. Los cambios en los campos de la ciencia y la tecnología y también en la sociedad provocan una necesidad de revisar la forma de practicar el proceso educativo. Estudios sugieren el estímulo de la autonomía, de la relación dialéctica entre docente y discente, del respeto, de la responsabilización, de la reflexión crítica y de la resignificación. Para alcanzar esa propuesta, son necesarios cambios de las políticas educativas y de las posturas docente y discente. La problematización, como ejemplo de metodología activa, sitúa el estudiante al problema ya la realidad, favoreciendo el ejercicio de la acción-reflexión-acción. La evaluación de los resultados debe ser adecuada al proceso educativo en uso, siendo caracterizada por la autoevaluación, colaboración, planificación, dinámica, estimulación, comprensión y confrontación de experiencias. La búsqueda de la calidad de lo que se aprende y se enseña se vuelve importante por considerar la diversidad de los sujetos, sus ritmos de aprendizaje, dificultades e intereses individuales y colectivos. Tal valoración impulsa el uso de las metodologías activas, resultando en la formación de profesionales más críticos y comprometidos.
**Palabras clave:** Enseñanza en Salud. Metodologías Activas. Herramientas Educativas.

## Importância da reflexão sobre metodologias de ensino na formação

A formação dos profissionais da saúde desde a sua origem foi centrada no modelo biomédico, dissociando o indivíduo do seu contexto de vida. Esse modelo de ensino preconizado pelas instituições formadoras, ainda pode ser visto em algumas universidades e faculdades de forma enraizada. Entretanto, desde os movimentos sociais de reforma da saúde no Brasil e no mundo, que se intensificaram na década de 80, emergiram tensionamentos sobre os modelos de saúde e que a formação vigente, pois essas já não respondiam mais aos novos cenários que se apresentavam.

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma nova exigência de profissionais que compreendessem que os problemas de saúde-doença dos indivíduos não estão dissociados. Assim, ao olhar uma pessoa que busca atendimento para uma determinada demanda nos serviços é importante compreender o contexto como um todo e não só uma a queixa que é trazida.

Mesmo com toda essa nova perspectiva de saber e fazer saúde, ainda existem profissionais com dificuldades de contextualização, devido suas formações acadêmicas pregressas. Sendo assim, o presente ensaio traz à discussão o uso de metodologias ativas no processo formativo em saúde e como esses processos podem ser absorvidos pelas universidades e serviços. Partindo de reflexões sobre a educação na área da saúde, a compreensão do atual conceito de saúde e a influência dos processos educativos na construção e perpetuação de uma estrutura social, o texto propõe-se a debater e mostrar posicionamentos sobre a importância dessas metodologias nas relações de ensino-aprendizagem entre docentes e discentes, buscando salientar as prerrogativas de tais orientações

metodológicas. Também buscou apontar a relevância dos processos avaliativos a partir do uso dessa ferramenta educacional.

É uma discussão que precisa ser levantada nos cursos de graduação e pós-graduação, pois mesmo com metodologias que fogem ao padrão predominante – o verticalizado – elas ainda estão na categoria de exceção e não como regra de ação. Assim, continuamos a formar, ano após ano, profissionais que reproduzem comportamentos, com dificuldades de trabalhar em equipes multiprofissionais, que não conseguem ligar e coligar as questões de saúde com o cenário onde elas acontecem. Isso porque o modelo formativo da área da saúde é ainda focado no padrão tradicional onde existe um educador que tem e administra todo o conhecimento e pune a partir dele, e um aluno passivo que aprende sem questionar e por mimetização. Freire (2017) intitula esse modelo pedagógico como educação bancária, pois ela parte do pressuposto que o aluno nada sabe e o professor é o detento do saber.

Essa educação verticalizada, segundo Lima (2017, p. 422) é a

> [...] combinação entre pedagogia da transmissão e foco na dimensão biológica do processo saúde – doença produz uma formação descontextualizada em relação às dimensões subjetiva e social desse fenômeno; fragmentada em disciplinas e em conhecimentos de áreas básicas e clínicas; tecnicista e centrada em procedimentos.

Gadamer (1972), no texto a 'Incapacidade para o diálogo', dentre os tipos de diálogos discutidos, apresenta o diálogo pedagógico onde traz elementos sobre a relação professor e aluno. O professor na sua situação profissional tem dificuldade em manter o diálogo com seus alunos, por acreditar que é quem pode falar e ensinar, sendo o autêntico transmissor da ciência.

Ao dissecar essas afirmações do filósofo, sobre as relações entre educador e educando, identifica-se uma crítica a um modelo de educação verticalizada, a qual aparenta ser um monólogo onde o professor transcorre por um determinado tema e os alunos passivamente aceitam. Flickinger (2014) sustenta que o professor quando se coloca numa situação de vantagem se afasta do processo educativo, pois não ele não deixa margem para questionamento, residindo aí um dos motivos que dificultam a troca de saberes.

Pensando sobre a 'troca de saberes' e a importância que esse termo tem nos processos educativos emerge um questionamento importante: como alguém realizará atividades de ensino na saúde, com a sociedade em geral, se nas salas de aulas universitárias o modelo pedagógico predominante é aquele onde o educador é um transferidor do saber e não um mediador?

**Saúde e a formação de profissionais**

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Esse conceito é amplamente

divulgado pela Organização Mundial da Saúde. Essa definição, até avançada para a época em que foi elaborada, é irreal, ultrapassada e unilateral (SEGRE; FERRAZ, 1997). Ayres (2005) diz que essa concepção de saúde de um 'estado de' e 'completo' imprime uma visão essencialista sobre ter saúde.

Segre e Ferraz (1997) sugerem que ter saúde deve ser entendido como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade. Mesmo que o termo 'ter saúde' não seja o objetivo deste ensaio, a definição sugerida por esses autores vem ao encontro da reflexão, pois ela não descola o indivíduo do seu meio.

A desconexão do contexto social dos processos de saúde e doença vão de encontro a definição que entendemos como saúde, pois entendemos que os determinantes sociais influenciam na dialética entre saúde e doença. Entender que o ambiente interfere nos corpos é importante, pois o profissional de saúde que consegue conectar isso reflete sobre os contextos que são apresentados.

Schafranski (2005) opina que, a educação é um processo social e se enquadra numa determinada concepção de mundo, a qual determina os fins a serem atingidos pelo ato educativo, em consonância com as ideias dominantes numa dada sociedade. Corroborando essa ideia, Bourdieu (2015) afirma que a escola como ela vem sendo pensada serve para manter as estruturas sociais que se apresentam e assim colaborar com as desigualdades sociais.

Uma maneira de abalar essas estruturas é a problematização dos contextos aos educandos, assim eles podem de forma hipotética vivenciar situações reais e pensar em soluções para elas. E a partir daí 'ver' o mundo construir alternativas para responder as perguntas que se apresentam.

As teorias pedagógicas que explicam a aprendizagem considerando-a como um processo de mediação entre o sujeito e o objeto que se encontram inseridos num contexto social (LIMA, 2017), tendem a formar pessoas de olhares mais críticos as realidades em que estão inseridos.

Pensando no que foi exposto, a metodologia ativa como prática educacional se desenvolve conforme as condições e situações sociais, políticas, econômica e culturais de uma determinada sociedade, em um determinado momento. Por meio dessa ferramenta metodológica, a formação dos profissionais da saúde se desenvolve de forma mais democrática e isso, sem dúvida, irá se refletir na assistência realizada junto aos usuários.

**A metodologia ativa como método de formação**

Para Diesel, Baldez e Martins (2017), as metodologias ativas correspondem a processos educativos onde há um deslocamento da figura central do professor para o aluno e onde o conhecimento é construído de forma colaborativa pelo questionamento e reflexão. Esse momento de parada, para pensar sobre um tema, transforma os participantes em sujeitos mais críticos, sujeitos mais reflexivos. As metodologias ativas permitem que os estudantes entendam que seu cuidado é

realizado para pessoas e que todos estão inseridos num contexto. E, a partir desse cenário, as melhores propostas de promoção à saúde devem surgir a partir da construção coletiva.

Uberti (2013) diz que o indivíduo como o centro do processo educativo é caracterizado pelo estímulo à reflexão, sendo uma conquista da participação popular na construção de políticas de diferentes áreas. Complementando a ideia, o autor menciona que esse modelo de educação contrapõe-se às pedagogias hegemônicas historicamente construídas, tais como a Pedagogia Tradicional, a Escolanovista e a Tecnicista.

Dessa maneira, a formulação de uma educação 'democrática' torna-se cada vez mais necessária frente aos dias atuais e perceptivas futuras para a educação no Brasil. Dewey (2002)[1] apud Lima (2017) refere que o ensino deve ser pensado para a construção de um indivíduo autônomo sustentado pelo conceito de aprender fazendo, aprender pela vida e para a democracia. Essa visão metodológica é muito próxima da intenção da formação crítica dos indivíduos no uso das metodologias ativas. Nessa linha de pensamento Delors (1998)[2] apud Gadotti (1992, apresenta uma ideia de uma aprendizagem ao longo da vida por meio da observação, expressão e associação de ideias, possibilitando ao educando interferir no processo educativo.

Bruner (1996)[3] apud Lima (2017) considera necessário que as metodologias ativas acionem representações que construímos sobre o mundo. Exploradas por meio de narrativas, tais representações traduzem a interface entre o indivíduo e o social, e permitem um maior acesso sobre o modo de pensar, os desejos e interesses das pessoas, numa determinada cultura.

Mitre et al. (2008), ao discutirem sobre a reconstrução do papel social das instituições de ensino superior, abordam as metodologias ativas como estratégias de ensino-aprendizagem que envolvem o estímulo da autonomia, da relação dialética entre docente e discente, do respeito, da responsabilização, da reflexão crítica.

Essa ressignificação de papéis só é possível por meio da educação, desde que essa permita a educadores e educandos a possibilidade de serem sujeitos e não objetos (BRIGHENTE; MESQUITA, 2016).

A partir desse olhar sobre os corpos que não se identificam como sujeitos nos processos de aprendizagem, o educador tem nas suas mãos um desafio, pois a aquisição e acumulação de capital cultural no seu estado fundamental está ligada a um corpo e isso pressupõe a sua incorporação (BOURDIEU, 2015).

A formação de profissionais da saúde, nas universidades e serviços, ainda se encaminha de modo fragmentado, tanto para as questões referentes ao corpo e onde esse corpo está inserido. Além

[1] DEWEY, J. **A escola e a sociedade**: a criança e o currículo. Lisboa: Relógio d'Água, 2002.
[2] DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir. São Paulo, Cortez, 1998.
[3] BRUNER, J. **A cultura da educação**. Lisboa: Edições 70, 1996.

disso, os métodos pedagógicos em muitos casos são verticalizados, impositores e sem abertura de diálogo. Sendo assim, propor alternativas de ensino-aprendizagem que transpassem o modelo vigente é de grande relevância para todos os envolvidos – desde estudantes, docentes, educadores, profissionais, usuários, famílias e comunidade em geral.

Pereira, Siede e Silva (2017, p. 14),

> Como uma alternativa pertinente aos novos desafios da prática de ensino e aprendizagem as metodologias ativas, que são, na verdade, um conjunto de propostas pedagógicas que tentam mostrar diferentes veredas para o bom desempenho do ensino. Assim, pensar em metodologias ativas é propor a desconstrução de um ensino tradicional e, a partir disso, incentivar o desenvolvimento das habilidades cognitivas dos alunos, colocando-os como protagonistas do processo.

Morán (2015, p. 18), sobre pedagogias ativas no ensino superior na área da saúde, ressalta que:

> Alguns componentes são fundamentais para o sucesso da aprendizagem: a criação de desafios, atividades, jogos que realmente trazem as competências necessárias para cada etapa, que solicitam informações pertinentes, que oferecem recompensas estimulantes, que combinam percursos pessoais com participação significativa em grupos, que se inserem em plataformas adaptativas, que reconhecem cada aluno e ao mesmo tempo aprendem com a interação, tudo isso utilizando as tecnologias adequadas.

Paiva et al. (2016) expõem que, em oposição a uma educação bancária, utilizando um ensino compartilhado e compreensivo, alcança-se a ideia de educação problematizadora, onde a educação dos discentes se relaciona com a realidade em transformação. A problematização contextualiza o problema e relaciona-o à realidade do estudante, favorecendo a discussão, a reflexão e o levantamento de hipóteses de solução (RAMOS, 2013). No momento que cenários diversos são propostos, os educandos se imaginam nos contextos e conseguem apresentar soluções, para quem sabe num futuro próximo executá-las. Afinal, a problematização é isso um ‘ensaio’ para a vida real.

No que se refere às políticas de Educação, a Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1996) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2001) estabelecem a articulação entre formação e os princípios e diretrizes do SUS e o estímulo ao conhecimento dos problemas nacionais e regionais. Nesse documento fica entendida a importância da problematização como parte do processo de ensino-aprendizagem na graduação. Entretanto, essas práticas mesmo que preconizadas, ainda se constituem como exceção e não regra. O modelo tradicional centrado no professor em determinados casos até parece melhor aceito pelos estudantes, como se os mesmos tivessem passado toda sua vida pregressa como assujeitados.

A utilização de metodologias ativas antecede às DCN dos cursos de graduação da área da saúde. Melo e Sant’ana (2012, p. 329) dizem que,

> Em 1969 no Canadá, a Universidade de MacMaster implantava a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na educação médica. Já no Brasil, universidades utilizam essa metodologia ativa de ensino desde 1997, a começar pela Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Estadual de Londrina, ampliando depois para a Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Alagoas, entre outras.

É importante ressaltar o intervalo de tempo entre as primeiras experiências com a ABP no mundo e no Brasil, foram mais de 30 anos. Tempo que gerações foram ao mercado de trabalho, replicando o modelo 'eu falo, vocês escutam e executam'.

Mudanças nas políticas educacionais que abrangem práticas inclusivas (educação especial inserida na educação regular) e outras políticas específicas (por exemplo, o sistema de cotas e o financiamento estudantil) favorecem o acesso e a permanência dos estudantes nas instituições de ensino. A democratização também colabora para a prática das 'metodologias inovadoras', que orientam os estudantes para os caminhos da reflexão crítica (MOREIRA; RIBEIRO, 2016).

Gemignani (2012, p. 10) argumenta que

> um docente prático – reflexivo, dotado de conhecimento e habilidades e, principalmente, capaz de refletir sobre a sua prática e conduzindo o aluno a refletir sobre situações e a interpretar e reelaborar conceitos, construindo novos conhecimentos. Um docente em educação permanente.

Esse modo de fazer educação consiste numa adaptação de um método de ensinar mecanicista, fragmentada, competitiva e hegemônica para uma abordagem sistêmica, holística, cooperadora e integradora.

Ausubel, Novak e Hanesian (1978)[1] apud Mitre et al. (2018) sustentam a importância da prática de uma aprendizagem que estimule a curiosidade, a reflexão a reflexão, o exercício da ação-reflexão-ação, o movimento de continuidade/ruptura dos conhecimentos dos estudantes. Essa prática tem nas metodologias ativas seu instrumento pedagógico, incluindo a problematização, aprendizagem baseada em problemas, estudos de casos, aprendizagem em pares ou times, sala de aula invertida, entre outros (MITRE et al., 2008).

Revisão sistemática realizada por Mello, Alves e Lemos (2014) mostra as metodologias ativas como prática pedagógica para a formação acadêmica em saúde, emergindo o conceito de *empowerment* (habilidades pessoais capazes de adquirir e transmitir conhecimentos) e o desenvolvimento da educação permanente como parte de um processo reflexivo do saber/fazer.

[1] AUSUBEL, D.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Educational psychology, a cognitive view**. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1978.

**A avaliação como processo de formação**

Alinhado ao processo de aprendizagem em desenvolvimento, a avaliação dos resultados também necessita de discussão, pois deve considerar a evolução do aluno como um todo. E não só como uma parte específica, feito um retrato da hora. Avaliação necessita ser um *continuum* para que o avaliado seja visto como um todo.

A avaliação das aprendizagens nas metodologias ativas deve ser colaborativa, planejada, dinâmica, estimulante. Esses processos pedagógicos quando avaliam os estudantes devem confrontar as experiências, havendo autoavaliação e compreensão.

Troncon (1996)[1] apud Silva e Scapin (2011) traz à discussão o conceito de avaliação formativa como sendo algo realizado de forma regular, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e correção das distorções observadas. Pelissoni (2009) defende o planejamento de objetivos para se pensar em uma avaliação agradável e significativa.

A avaliação formativa é aquela que pretende dar uma visão geral sobre o desempenho do estudante (CARVALHO; MARTINEZ, 2005). Rios (2006) menciona como sendo uma ação do avaliador em direção ao desenvolvimento e crescimento do avaliado. Essa última também defende a autoavaliação do discente como expansão do olhar crítico e da capacidade cognitiva sobre o tema questionado.

Abordar uma avaliação baseada na qualidade do que se aprende consequentemente considera a diversidade dos sujeitos, seus ritmos de aprendizagem, dificuldades e interesses individuais e coletivos. Dessa forma, a avaliação é entendida como um meio para obter dados e informações para que o professor possa se programar e realizar as intervenções pedagógicas necessárias (RAUSCH; SILVA; THEISS, 2012). Ainda esse texto refere que a avaliação é um passo importante para transformação do processo educativo em algo significativo. Para complementar, Santos (2016) acredita que a avaliação deve 'ajudar a aprender' e registrar as evoluções dos discentes.

Em uma visão mais ampla, a avaliação nas metodologias ativas compreende um processo de mudança docente e discente, de colaboração, de reflexão sobre si mesmo e sobre o conhecimento adquirido. Importante também salientar que o diálogo é fundamental em todo o processo, tanto quanto as construções coletivas do conhecimento. Num ambiente de aprendizagem ativa, o professor atua como orientador, supervisor, facilitador do processo de aprendizagem (BARBOSA; MOURA, 2013).

O processo de formação em saúde é amplo e, dada a condição humana e social de profissionais e usuários, ele vai além da apropriação de conhecimentos para tratamento da doença; por ele se desenvolve também uma formação para o cuidado com a saúde e o ser humano em sua totalidade (SILVA, 2015). Assim, ao pensarmos que os profissionais da saúde desenvolvem também

[1] TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. In: SIMPÓSIO ENSINO MÉDICO DE GRADUAÇÃO, 29., Ribeirão Preto. **Anais...**Ribeirão Preto, 1996.

atividades educativas e o *feedback* é importante para analisar o impacto das ações. Hoffmann (2005) destaca que a avaliação exige do educador uma concepção de criança, jovem, adulto, inseridos em um contexto de sua realidade social e política, avaliar é dinamizar oportunidades de ação - reflexão, num acompanhamento permanente do professor, que incitará o aluno a novas questões a partir de respostas formuladas.

Em 2001, surgiram as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde que sugeriam uma formação que o aluno de diferentes formas (re)conhece-se o contexto onde os usuários estão inseridos. As DCN impulsionaram a formação de profissionais de saúde com perfil crítico-reflexivo, necessários para o desenvolvimento de práticas de saúde humanizadas, que estimulem o autocuidado sem descontextualizar o meio social dos usuários. Compreende-se que um modelo pedagógico democrático, oportuniza aos docentes e discentes encontro onde ambos trazem suas vivências e constroem processos educacionais mais duradouros e centrados na realidade social.

É importante reforçar que as aulas do modelo tradicional em determinados momentos são relevantes para o processo de ensino-aprendizagem. Resultados do estudo de Guimarães et al. (2016) demonstraram que o ensino tradicional, estilo palestra, está associado com desempenho significativo do estudante, não havendo evidências de efeitos prejudiciais da utilização desse modelo.

Entretanto, como já foi dito neste texto, a formação baseada no modelo vertical não permite cenários de trabalho em grupo e nem simula problemas de cunho real que vivenciam os usuários do SUS. Não gostaríamos de deixar a impressão de que somos 'aversos' às metodologias tradicionais, afinal, as mesmas são necessárias nos processos educacionais. O que se argumenta é que basear uma formação inteira nesse modelo é prejudicial à formação de profissionais da saúde e da sociedade em geral.

No trabalho em equipe, na lógica da interdisciplinaridade, o uso das metodologias ativas possibilita ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. Em se tratando do conhecimento que fundamenta as práticas dos profissionais da saúde, Lück (2000) afirma que, a interdisciplinaridade favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, consequentemente, melhorar a prática.

Estudos como os de Roman et al. (2017) e de Paiva et al. (2016) apresentam informações sobre atividades que usam metodologias ativas em instituições educacionais brasileiras, predominando a formação acadêmica na área da saúde. Os autores destacam aspectos positivos, demonstrando a tendência crescente da aplicação desses métodos. Como dificuldade ou desafio para a implantação das metodologias ativas, Paiva et al. (2016) citam o período de mudança, de transição, entre os métodos tradicional e de aprendizagens ativas, onde é necessário rever os papéis dos atores envolvidos e as adaptações das instituições.

A valorização do conhecimento e cultura populares, a prática profissional no contexto social, a participação ativa em sua própria aprendizagem, o trabalho colaborativo, o desenvolvimento de competências e habilidades desenvolvem-se a partir do modelo de ensino onde os alunos são o centro do processo educativo, como são nas metodologias ativas. Certamente há necessidade uma aplicação mais rígida do marco legal dessas metodologias, além do fundamental envolvimento docente e discente para que resulte na formação de profissionais mais críticos e comprometidos em resolver os problemas de saúde da população brasileira.

A partir de simulações do cotidiano dos serviços de saúde, acadêmicos ou profissionais podem compreender melhor os eventos que se apresentam. As metodologias de ensino surgem como instrumentos de compreensão da realidade e a partir do uso das metodologias ativas os egressos das universidades poderão se sentir mais empoderados ao se deparar com as realidades apresentadas na vida cotidiana do SUS. Assim, usuários e profissionais estarão num processo de relação horizontal e isso reflete no trabalho de toda equipe (mesmo os mais antigos ou os não formados nos preceitos da problematização).

Profissionais que se identificam e se enxergam dentro da realidade apresentada conseguem dispor de diversos mecanismos para responder demandas que às vezes se mostram como impossíveis de resolver na complexidade dos processos de trabalho.

Encaminhando este ensaio para a finalização, é importante ressaltar que somos a favor que as metodologias ativas estejam cada dia mais presentes nos processos de trabalho e no cotidiano da formação na área da saúde. Por que só na formação da saúde e não das outras áreas do conhecimento? Afinal, em diferentes momentos do texto, foi descrito que ter saúde estava diretamente relacionado a determinantes sociais, os quais são criados e geridos por diferentes áreas do conhecimento. Assim, todos seriam formados de forma reflexiva, crítica e democrática, compreendendo que ter saúde não está só relacionado com não ter doenças. Saúde envolve ter habitação, emprego, educação, lazer, cultura e acessos a serviços e políticas públicas.

## Referências


ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf> Acesso em: 4 dez. 2018.

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. **B. Tec. Senac**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 48-67, maio/ago. 2013.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BRASIL. Lei Federal n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF,** Seção 1, p. 27833**.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 3 dez. 2018.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 1133, de 07 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF,** Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> Acesso em: 3 dez. 2018.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 155-177, jan./abr. 2016.

CARNEIRO, R. P. Reflexões acerca do processo ensino-aprendizagem na perspectiva freireana e biocêntrica. **Thema**, Pelotas, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2012.

CARVALHO, L. M. O.; MARTINEZ, C. L. P. Avaliação Formativa: A auto-avaliação do aluno e a autoformação de professores. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 11, n. 1, p. 133-144, 2005.

COMIS, D. A função social da escola e da avaliação da aprendizagem. **Dialogia,** São Paulo, v. 5, p. 135-144, 2006.

CURY, L. Revisitando Morin: os novos desafios para os educadores. **Comunicação & Educação**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-47, jan./jun., 2012.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Thema,** Pelotas, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

FERNANDES, F. A. S.; SANTOS, E. G.; MORAIS, L. B. Utilização da PBL como metodologias ativas na graduação: área de exata na cidade de Palmas/TO. **Rev. Educ.,** Brasília, v. 40, n. 154, p. 192-206, jul./dez., 2017.

FLICKINGER, Hans-Georg. **Gadamer e educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 63. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

GADAMER, H. G. Incapacidade do discurso (1972). In: _____. **Verdade e método II**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo Perspec.,** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 3-11, abr./jun., 2000.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. **Revista Fronteiras da Educação**, Recife, v. 1, n. 2, p. 1-27, 2012.

GUIMARÃES, J. C. F. et al. Formação docente: uso de metodologias ativas como processo inovador de aprendizagem para o ensino superior. In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO, 16., 2016, Caxias do Sul. **Anais...**Caxias do Sul, 2016. p. 1-14. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/mostraucsppga/xvimostrappga/paper/viewFile/4740/1606>. Acesso em: 2 dez. 2018.

HOFFMANN, J. **Avaliação Mito e desafio:** uma perspectiva construtivista. 35. ed. Porto Alegre: Medicação, 2005.

ILHA, D. D.; LIBRELOTTO, G. R. A Escola no meio digital: novos desafios do ensinar e do aprender. **VIDYA,** Santa Maria, v. 32, n. 2, p. 65-81, jul./dez., 2012.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar:** fundamentos teórico-metodológicos. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MELLO, C. C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, nov./dez., 2014.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensinoaprendizagem. **Comun. Ciência Saúde,** Brasília, v. 23, n. 4, p. 327-339, set./dez. 2012.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORÁN, J. Mudando a Educação com metodologias Ativas. In: SOUZA, C. A.; MORALES, O. E. T. (Orgs). **Convergências midiáticas, educação e cidadania:** aproximações jovens. Ponta Grossa: UEPG, 2015. 180p.

MOREIRA, J. R.; RIBEIRO, J. B. P. Prática pedagógica baseada em metodologia ativa: aprendizagem sob a perspectiva do letramento informacional para o ensino na educação profissional. **Outras Palavras**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 93-114, 2016. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/722>. Acesso em: 2 dez. 2018.

PAIVA, M. R. F. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE,** Sobral, v. 15 n. 2, p. 145-153, jun./dez. 2016.

PELISSONI, A. M. S. Objetivos educacionais e avaliação da aprendizagem. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, Jaboticabal, v. 3, n. 5, p. 129-139, 2009.

PEREIRA, B. G.; SIEDE, R. O.; SILVA, L. S. Metodologias ativas no ensino superior: sala de aula invertida como estratégia pedagógica na catalisação da habilidade de escrita. **Int. J. Activ. Learn**., Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 13-21, jan./fev. 2017.

RAMOS, D. K. Cadernos da Pedagogia. A aprendizagem colaborativa e a educação problematizadora para um enfoque globalizador. **Cadernos da Pedagogia**, São Carlos, v. 6, n. 12, p. 105-115, jan./jun., 2013.

RAUSCH, R. B.; SILVA, M. Z.; THEISS, V. Avaliação formativa no processo ensino e aprendizagem na educação superior: um estudo de caso realizado na disciplina de matemática financeira. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO, 36., 2012. **Anais...**Rio de Janeiro, 2012. p. 1-16. Disponível em: < http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ472.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2018.

RIOS, M. P. G. A avaliação formativa como procedimento de qualificação docente. **Revista E-Curriculum,** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-7, dez./jul., 2005-2006. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/3112/2052>. Acesso em: 2 dez. 2018.

ROMAN, C. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clin. Biomed. Res.,** Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017.

SANTOS, L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio? **Ensaio: aval. pol. públ. educ**., Rio de Janeiro, v. 24, n. 92, p. 637-669, jul./set. 2016.

SCHAFRANSKI, M. D. A educação e as transformações da sociedade. **Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, Ponta Grossa, v. 13, n. 2, p. 101-112, dez. 2005. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/550/549>. Acesso em: 2 dez. 2018.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SILVA, A. A. Formação em saúde: representações de acadêmicos sobre metodologia ativas de ensino e aprendizagem. **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo, v. 14, n. 21, p. 120-138, 2015.

SILVA, M. A.; KAYSER, A. M. O papel da educação contemporânea, uma reflexão a partir da pedagogia da autonomia de Paulo Freire. **Revista Dynamis**, Blumenau, v. 21, n. 2, p. 3-15, 2015.

SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T. Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 50, p. 537-552, set./dez. 2011. Disponível em: < http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/1969/1945> Acesso em: 2 dez. 2018.

UBERTI, L. Intencionalidade educativa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1223-1242, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edreal/v38n4/12.pdf > Acesso em: 2 dez. 2018.

# Pesquisas

## QUEM APRENDE O QUE E COM QUEM? EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTERSETORIALIDADE COMO DESAFIOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS

## ¿QUIÉN APRENDE QUE Y CON QUIÉN? EDUCACIÓN PERMANENTE E INTERSECTORIALLIDAD COMO DESAFIOS POLITICOS-PEDAGÓGICOS

## WHO LEARNS WHAT AND WITH WHOM? CONTINUING EDUCATION AND INTERSECTIONALITY AS POLITICAL-PEDAGOGICAL CHALLENGES

Dagmar Estermann Meyer[1]

Luiz Fernando Calage Alvarenga[2]

Sandra dos Santos Andrade[3]

Jeane Félix[4]

José Geral do Soares Damico[5]

**Resumo**
O artigo resulta de pesquisa realizada em parceria com as Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social de um município da Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul, responsáveis pela implementação de programas de 'inclusão social'. Apoia-se na educação permanente em saúde em articulação com teorizações pós-estruturalistas e a análise cultural. O trabalho de campo envolveu a realização de um curso de formação com técnicos (as) e gestores (as), e também grupos focais. Esta análise explora dimensões de duas questões que direcionaram a pesquisa: que aprendizagens podem ser construídas em processos educativos participativos desta natureza? E quem aprende o que, com quem, sobre o quê? Discutiram-se 'cenas' que colocaram a intersetorialidade em foco, permitindo o reposicionamento de técnicos (as) e da equipe de pesquisa em relação aos aprendizados esperados. Destaca-se, especialmente, o que foi identificado como entraves e desafios para a implementação e a efetivação da intersetorialidade.
**Palavras-chave:** Educação Permanente. Colaboração Intersetorial. Políticas Públicas.

[1] Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Pesquisadora com bolsa PQ do CNPq.
E-mail: dagmaremeyer@gmail.com
[2] Doutor em Educação. Professor do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: lfcalvarenga@gmail.com
[3] Doutora em Educação. Professora Associada do Departamento de Ensino e Currículo da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: sandrasantosandrade@gmail.com
[4] Doutora em Educação. Professora Adjunta vinculada ao Departamento de Habilitações Pedagógicas e ao Programa de Pós-graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.
E-mail: jeanefelix@gmail.com
[5] Doutor em Educação. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Professor do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva (UFRGS), Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS).
E-mail: jgdamico@gmail.com

**Abstract**
This article is the result of a research conducted in partnership with three departments of a city from the Greater Porto Alegre, Rio Grande do Sul, responsible for the implementation of 'social inclusion' programs. It is based on continuing education in health, in conjunction with post-structuralist theories and cultural analysis. The fieldwork involved the completion of a training course with technicians and managers, and focus groups. This analysis explores dimensions of two questions that guided the research: which learning can be constructed in participatory educational processes of this nature? In addition, who learns what, with whom, on what? There were discussed 'scenes' that put the intersectorality in the spotlight, allowing the repositioning of technicians and the research team with the expected learning. It stands out, especially, what has been identified as barriers and challenges to the implementation and the effectiveness of intersectorality.
**Keywords:** Continuing education. Intersectionality. Public policies.

**Resumen**
El artículo es resultado de una investigación realizada en conjunto con tres secretarias de un municipio de la grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul, responsables por la implementación de programas de 'inclusión social'. Se apoya en la educación permanente en salud en articulación con teorizaciones pos-estructuralistas y el análisis cultural. El trabajo de campo envolvió la realización de un curso de formación con técnicos (as) y gestores (as), y también grupos focales. Este análisis explora dimensiones de dos preguntas que direccionaron la investigación: ¿ Qué aprendizajes pueden ser construídos en procesos educativos participativos de esta naturaleza? Y, ¿Quién aprende que?, ¿Con quién, sobre qué? Se discutieron 'escenas' que colocaron la intersectorialidad en foco, permitiendo el reposicionamiento de técnicos (as) y del equipo de investigación en relación a los aprendizajes esperados. Se destaca, especialmente, lo que fue identificado como trabas y desafíos para la implementación y la efectivación de la intersectorialidad.
**Palabras claves**: Educación permanente. Intersectorialidad. Políticas Públicas.

## O texto em seu contexto

Este artigo é o desdobramento de uma 'pesquisa guarda-chuva' que propôs, na modalidade intervenção/formação, a discussão dos resultados de um conjunto de investigações[1] com gestores (as) e técnicos (as) vinculados (as) às Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social de um município da Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul[2] e responsáveis pela implementação dos programas de 'inclusão social'. O que entendemos por inclusão social é um movimento de enfrentamento das diversas formas de exclusão para promoção da igualdade (MEYER et al., 2014a). Nessa direção, Sassaki (2003, p. 2) coloca que: "a inclusão social consiste em tornarmos a sociedade toda um lugar viável para a convivência entre pessoas de todos os tipos e condições na realização de seus direitos, necessidades e potencialidades".

A pesquisa tomou como referência os pressupostos da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005; BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, seu desenvolvimento demandou a elaboração negociada de um projeto formativo que incluía um conjunto de procedimentos e técnicas operacionais que visavam a favorecer o intercâmbio pedagógico entre realidades sociais e políticas distintas e o diálogo entre saberes e interesses aos quais se atribuem estatutos sociais e políticos diferenciados. Tal

[1] Pesquisa financiada com recursos do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa do CNPq, desenvolvida no período de março de 2008 a fevereiro de 2014. A equipe de pesquisa foi integrada pelas (os) autoras (es) e por Letícia Prezzi Fernandes, Carin Klein, Catharina da Cunha Silveira e Maria Claudia Dal'Igna.
[2] Os participantes desta pesquisa estavam envolvidos com políticas/programas como Bolsa Família, Primeira Infância Melhor, Saúde da Família, Mais Educação, Primeiro Emprego, Programa de Atenção Integral à Família, dentre outros. Atentamos para os desafios/entraves/soluções que compõem o cotidiano de trabalho envolvendo sua implementação.

programa foi aprovado pela PROREXT/UFRGS (Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) como projeto de extensão e, dessa forma, os (as) informantes puderam ser certificados por sua participação. O grupo de formação foi integrado por 22 técnicas (os) e gestoras (es) atuantes nas Secretarias envolvidas, e sua adesão foi oficializada com a assinatura de um termo de consentimento informado; seis estudantes de pós-graduação ou recém-doutores, a coordenadora da pesquisa e uma bolsista de Iniciação Científica. Dessa negociação, resultou um programa de encontros semanais de 48 horas/formação, ao longo do segundo semestre de 2009, que contemplou três eixos temáticos: 1) os conceitos de risco, de vulnerabilidade e de inclusão social e suas implicações práticas; 2) possibilidades e limites do conceito de família e de seu posicionamento como alvo e como agente de inclusão social (de crianças, jovens, mulheres e idosos); 3) possibilidades e limites da saúde, da escolarização e do acesso a serviços sociais básicos como estratégias de inclusão social.

Duas questões mais amplas de investigação orientaram a pesquisa: 1) Que aprendizagens podem ser construídas, em processos educativos participativos, que colocam as pesquisas realizadas nas universidades em relação com o cotidiano das práticas desenvolvidas em programas de inclusão social, em municípios como esse em que estávamos atuando? 2) Quem aprende o que, com quem, sobre o que, com que implicações práticas, nesta relação?

O referencial teórico-metodológico articulou estudos de gênero e culturais pós-estruturalistas aos quadros conceituais da vulnerabilidade e da educação permanente em saúde. No contexto da pesquisa, essa articulação constituiu nosso primeiro desafio, tendo em vista a proximidade dessas últimas abordagens com as teorizações emancipatórias; esta aproximação exigiu que direcionássemos esforços para a discussão teórico-metodológica que diz respeito a como lidar com alguns dos limites políticos dessa articulação, dentre os quais se destacam, por exemplo, a precedência que se atribui, na perspectiva pós-estruturalista, à estratégia analítica da problematização, bem como aos aspectos que envolvem a análise de relações de poder e a ruptura com pressupostos como a possibilidade de emancipação ou de transformação efetiva dos sujeitos, nesse contexto.

As discussões produzidas no interior do processo de intervenção/formação foram sendo sistematizadas servindo, ao mesmo tempo, para o (re)planejamento dos encontros subsequentes com o grupo pesquisado e como material empírico para a pesquisa. Assim, constituímos nesse processo um material empírico que incluiu diferentes tipos de textos: registros acerca dos processos de negociação e planejamento do curso; diários de campo; grupos focais, realizados com gestores (as), técnicas (os) de secretarias e de serviços envolvidos e também com os (as) componentes da equipe de investigação, após o término da intervenção/formação. Foram realizados, em março de 2010, quatro grupos focais: dois com os (as) técnicos (as) e dois com a equipe de pesquisa, com o objetivo

de discutir o alcance e as reverberações pedagógicas do trabalho realizado. Esses diferentes textos foram analisados na perspectiva da análise cultural.

Neste artigo, exploraremos dimensões das duas questões amplas antes indicadas que direcionaram todo o processo investigativo; enfatizaremos, sobretudo, aspectos/fatos que emergiram ao longo do trabalho de campo que nos levaram a (re)pensar determinados pressupostos, colocados no início do estudo, num processo que permitiu o reposicionamento da própria equipe de pesquisa, bem como a ampliação dos aprendizados deles derivados.

**Sobre quem, onde e como: premissas e pressupostos da pesquisa**

De um lado, encontravam-se na investigação as (os) pesquisadoras (es) que se propunham a discutir resultados de suas pesquisas, nas quais os efeitos de políticas/programas públicas (os) de inclusão social estiveram em foco. De outro lado, encontrava-se uma gestão interessada em qualificar a atuação dos (as) profissionais implicados (as) na implementação dessas políticas. Para produzir um espaço de interlocução 'entre' as multiplicidades contidas e retidas nesses dois lados da investigação, a proposta da educação permanente foi tomada e ressignificada, por nós, como estratégia metodológica da pesquisa.

Para constituir um vocabulário de significação/decodificação de tal interlocução, partimos de determinadas premissas e pressupostos básicos. Falamos em 'premissas' quando não enunciamos previamente o raciocínio que dá base às argumentações desenvolvidas, mas assumimos um conjunto de posições intelectuais enunciado na escrita pelo vocabulário utilizado, pelo 'tom' do texto, por aquilo que se diz e também por aquilo que se silencia. Os 'pressupostos', ainda que não resultantes do esgotamento das ponderações possíveis, representam aquilo que orientou efetivamente o processo formativo proposto e as análises dele decorrentes. Do que chamamos de premissas, destacamos uma primeira em relação à cultura, que nos permite conceber este termo como um campo de luta e contestação em que se produzem tanto os sentidos quanto os sujeitos que constituem os diferentes grupos sociais em sua singularidade, conforme Giles e Middleton (1999) e Silva (1999); uma segunda premissa que defende a centralidade da linguagem (em sentido amplo) nos processos de significação do mundo em que vivemos, para tratá-la como lócus de produção das relações que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder de acordo com Hall (1997); uma terceira, que entende educação como um conjunto de processos de ensino e de aprendizagem por meio dos quais indivíduos são transformados e se transformam em sujeitos de uma cultura. Entendemos que tornar-se sujeito de uma cultura envolve um complexo de forças, instituições e relações sociais que, nas sociedades contemporâneas, estão fortemente imbricadas em políticas públicas, em especial naquelas que envolvem campos como saúde, educação e desenvolvimento social (MEYER, 2012).

Destacaremos a seguir o que tomamos aqui como pressupostos. Um primeiro pressuposto

nos permite considerar as políticas públicas como 'programas' de ação pública, isto é, dispositivos político-administrativos coordenados em torno de objetivos explícitos (MULLER, 2002; BRASIL, 2009). Desta perspectiva, políticas públicas veiculam conteúdos, traduzem-se por serviços e geram efeitos e sentidos, ou seja, "elas mobilizam atividades e processos de trabalho" (THOENIG, 2006, p. 328). Além disso, e com importantes desdobramentos analíticos, políticas públicas podem ser compreendidas e abordadas como artefatos centrais de organização social, porque pretendem promover seus objetivos por meio da normatização e administração de várias esferas da vida cotidiana dos sujeitos aos quais se direcionam, educando-os para pensar, sentir e agir de certos modos e não de outros Essa maneira de conceber as políticas públicas autoriza a pensar que um dos modos de conhecer suas formas de funcionamento e seus efeitos passa pelo exame de relações de poder, que são colocadas em ação nas proposições programáticas dos governos que as concebem e as implementam por meio de diversas instituições, propondo modos de administrar e conduzir a vida da população. Essas relações de poder são também colocadas em ação nas práticas assistenciais e educativas decorrentes dessas políticas, que investem, concretamente e de muitas formas, em usuários/beneficiários e profissionais/técnicos com o objetivo de instituir 'modos de viver a vida' que devem promover a saúde, a educação, o acesso a bens e serviços e ao trabalho que, em seu conjunto, compõem o que se entende como inclusão social. Foucault (1995) argumenta que o exercício do poder, no sentido do seu funcionamento, implica resistência numa mesma rede de forças. É uma ação sobre outra ação, que se exerce sobre sujeitos livres e que produz efeitos, respostas, reações. O autor desloca o poder de seu suposto centro e subverte a noção de poder binário (oprimido/opressor) (SHORE; WRIGHT, 1997).

Um segundo pressuposto define a intersetorialidade como princípio e instrumento de gestão de problemas sociais complexos que são de difícil solução, como a pobreza, por exemplo. A intersetorialidade tem sido empregada como uma estratégia potente para superar a fragmentação e a superposição de agendas e ações dentro do serviço público, pois, com sua operacionalização, pretende-se conferir maior efetividade e alcance aos resultados das políticas públicas. No entanto, como uma ferramenta estratégica para pensar integralmente a realidade, a efetivação da intersetorialidade – tanto quando utilizada no âmbito da apreensão dos problemas, da concepção/planejamento das políticas, quanto da atuação de gestores (as), condutores (as) e demais atores – tem enfrentado grandes desafios e entraves, e os encontros de educação permanente que realizamos nos forneceram pistas para pensar nessa direção. Citamos apenas alguns: profissionais de áreas/setores distintos que desenvolvem ações semelhantes e não se conhecem; falta de tempo e espaço, seja para compartilhar as ações desenvolvidas dentro e fora da equipe, seja para conhecer projetos/ações desenvolvidos pelos colegas etc. Sobretudo o tempo, ou melhor, a falta dele, se configura como um grande 'nó' para a atuação no campo das políticas públicas. Por isso, a

implementação efetiva da intersetorialidade envolve mudanças profundas nas culturas institucionais e profissionais e demanda a aceitação de outros princípios e estratégias de ação (COSTA; BRONZO, 2012).

Isso nos encaminha ao terceiro pressuposto: o da educação permanente, como desdobramento da premissa de que a educação envolveria tanto os sujeitos que trabalham na implementação de políticas públicas, quanto os beneficiários dessas mesmas políticas; uma vez que todos são subjetivados por elas, ensinam e aprendem essas políticas, ao mesmo tempo em que atuam ou se beneficiam delas.

Nesse sentido, é possível dizer que tudo o que ensinamos, apre(e)ndemos e fazemos está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura. Admitir isso não é simples, pois, quando se trata de educar, em quaisquer âmbitos e relações, somos colocados diante da necessidade de mudar a lógica do nosso pensamento em relação a vários aspectos do que aprendemos e inventamos. Portanto, com o propósito e na perspectiva de fomentar processos de ensino e de (des)aprendizagem, de reflexão crítica, de recriação e de invenção de fazeres na implementação de políticas públicas, foi que investimos no recorte de uma noção ampla de educação, circunscrevendo-a a um processo educativo que se desenvolve no e por meio do trabalho.

No campo da saúde, a educação permanente tem sido utilizada como estratégia pedagógica para potencializar a mudança nas práticas isoladas e verticalizadas. Ceccim (2005) argumenta que o propósito da educação permanente é o de formar profissionais comprometidos com um certo objeto e com sua transformação, o que demandaria dois deslocamentos importantes nas práticas pedagógicas usualmente implementadas sob as denominações de 'capacitação' ou de 'educação em serviço': 1) ênfase na transmissão e no desenvolvimento, para atualização, de determinados conhecimentos e habilidades técnicas, que pretendem reafirmar e reforçar a *expertise* e o domínio dos (as) profissionais sobre um campo de saber/fazer; 2) elaboração e disseminação de prescrições e generalizações que permitiriam 'dar conta' de problemas/objetos cujos contornos deixam de considerar as especificidades dos contextos que os constituem (BRASIL, 2009).

Dessa noção de educação permanente em saúde e de sua ressignificação em nosso referencial teórico, destacamos três dimensões que foram importantes para o projeto formativo que propusemos. São elas: 1) a necessária introdução da experiência da problematização[1] como condição para o desenvolvimento de capacidades (como autorreflexividade, autocrítica, escuta) necessárias ao desenvolvimento de ações educativas e de cuidado que considerem as potencialidades existentes em

[1] Problematização, nos termos de Michel Foucault (2004) e Martin Packer (2011), seria o exercício de suspeitar que, no seu processo mesmo, pode nos abrir possibilidades de acesso a outras formas de vida e a outras versões de nossas próprias formas de vida, para entender que esta não é a única, não é necessariamente a melhor e nem é inevitável.

cada relação e contexto, entendendo-as como pré-requisitos para a produção de 'conhecimentos engajados' e permeáveis às experiências e às condições de vida de usuários e educandos; 2) a necessária interação entre instâncias de formação e pesquisa, de gestão, de atenção e de participação para potencializar características locais, capacidades instaladas, aprendizagens produtoras de sentido, bem como capacidades de crítica e autoanálise que possam ampliar possibilidades de ações programáticas 'contexto-informadas'; 3) a importância de conhecer, explorar e movimentar-se pelos 'territórios' (e processos de trabalho) que habitamos como atores sociais, para decodificá-los e torná-los 'nossos', para que possamos tornar-nos sensíveis às suas questões e investir no seu enfrentamento, empregando não apenas nossas capacidades cognitivas, racionais e políticas, mas também as comunicacionais, afetivas e interativas que, em conjunto, materializam e (con)formam nossas ações de intervenção social.

Assim, no que diz respeito à abordagem da formação e da gestão do trabalho em saúde, a educação permanente difere das propostas de formação tradicional. Não se trata de abordar questões simplesmente técnicas, já que se busca promover mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Ou seja, o foco do investimento da educação permanente não é o aprimoramento técnico, mas sim a produção do sujeito trabalhador da saúde, da educação e da assistência social (SANTIN; HILLESHEIM, 2013).

Em nosso caso, tomamos a educação permanente como uma estratégia formativa e de pesquisa em que os processos de trabalhos concretos dos (as) gestores (as) deveriam funcionar como acionadores de estranhamento, desacomodação, envolvimento, compromisso e de corresponsabilização, introduzindo dispositivos de troca que fossem produtores de sentidos e de capacidades críticas. Nessa perspectiva, aprender e ensinar relacionam-se, principalmente, com modos de fazer. Assim, a educação permanente que realizamos colocava nas rodas de conversa os (as) pesquisadores (as) e profissionais das secretarias de saúde, educação e desenvolvimento social para refletir sobre os programas de inclusão social de suas secretarias, alguns deles analisados por nós em nossas pesquisas. Colocava-se aí, desde o momento da formulação/negociação, o nosso segundo desafio: a proposição de um processo formativo/investigativo que escapasse tanto da lógica 'docente centrada', com a qual nós estamos mais familiarizadas (os), quanto da lógica da 'capacitação', com a qual serviços e profissionais estão habituados. Este segundo desafio se deu em estreita relação com o primeiro, pois nele apontávamos como desafiadora e instigante a articulação entre teorizações culturais e pós-estruturalistas com os referenciais da vulnerabilidade e da educação permanente (CECCIM, 2012; CECCIM; FERLA, 2009).

Apresentadas as nossas premissas, pressupostos e desafios, passamos agora à análise. Para encaminhá-la, recortamos inicialmente duas cenas do trabalho de campo, pois, de certo modo, elas ancoram as discussões que nos propusemos a fazer.

**Ensinar e aprender com e no trabalho e/ou ressignificar o que parece óbvio**

**Cena 1: Divisão e organização dos trabalhos em grupo, 25 de setembro de 2009[1]**

Ao final de nosso segundo encontro com o grupo, a pesquisadora responsável pela condução do trabalho sugeriu uma atividade que deveria ser realizada para o terceiro encontro, em pequenos grupos. A sugestão era que tais grupos fossem formados com integrantes das três secretarias: Educação, Saúde e Desenvolvimento Social, já que queríamos colocar em foco os processos de trabalho constitutivos das políticas, desde a perspectiva da intersetorialidade. A pesquisadora entregou a folha com orientações para a realização das atividades e fez a leitura dos itens, explicando-os. No entanto, e para nossa surpresa, houve bastante resistência dos (as) participantes para montar os grupos da forma como sugerimos. Uma das participantes afirmou que nem todos (as) conheciam as formas de funcionamento de outras secretarias e/ou programas que não aqueles em que atuavam e, indo além, que elas não se conheciam e sequer sabiam os nomes uns dos outros [...]. Para ela, sem se conhecerem e sem tempo para se encontrar não iam dar conta do trabalho. Outra integrante sugeriu, então, que fosse formado um grupo por secretaria, e complementou que mesmo o fato de trabalharem na mesma pasta não significava que eles (as) se conheciam, tampouco que tinham conhecimentos de todos os programas ali desenvolvidos. Seguindo essa proposta, parecia necessário que esses grupos organizassem, primeiramente, uma apresentação das políticas/programas/ações que eram realizadas pela secretaria em que atuavam, tanto para se apresentarem aos (às) colegas das duas outras secretarias, mas também para conhecerem melhor a própria secretaria em que estavam lotados.

**Cena 2: A apresentação dá visibilidade a entraves e a possíveis soluções, 2 de outubro de 2009**

No terceiro encontro, a nutricionista que coordenava as ações programáticas sob responsabilidade do setor de nutrição na Secretaria de Saúde referiu-se, em sua apresentação, a dois problemas interligados: o primeiro dizia respeito ao reduzido número de nutricionistas para dar conta de todas as demandas que lhes são colocadas, e o segundo, com o qual ela exemplificou as dificuldades que esse número coloca, referia-se a uma das atribuições da nutrição no contexto do Programa Bolsa Família, qual seja, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento – com foco no peso – das crianças de famílias inscritas no programa e o envio de relatórios periódicos desse acompanhamento ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, para garantir a liberação de parcelas dos recursos destinados ao município. Concretamente, ela contou que o município provavelmente ficaria sem o repasse da parcela em questão porque, com apenas seis profissionais em atividade no momento, não havia sido possível localizar e pesar todas as crianças inscritas. Nesse momento, a coordenadora da Estratégia de Saúde da Família do município, lotada na mesma secretaria, levantou-se e questionou: "Mas porque vocês não nos pedem ajuda? Nossas agentes comunitárias de saúde têm todos esses dados, porque fazem visitas domiciliares regulares a essas famílias. Para que pesar todas essas crianças de novo?".

As duas cenas descritas nos permitem sistematizar três movimentos analíticos que passamos a desenvolver. O primeiro possibilita dizer que as iniciativas de educação permanente, em suas diferentes abordagens, concedem que os (as) envolvidos (as) problematizem, suspeitem e expressem dificuldades e proponham soluções para os entraves do cotidiano do trabalho. No contexto de processos de educação permanente, atitudes como escutar o outro, interagir e compartilhar dificuldades e soluções são modos de viabilizar ou redirecionar objetivos, rever pontos de vista e redimensionar o escopo de problemas, bem como de suas possíveis soluções, "é que nos permite falar da construção de um saber que não apenas integra as políticas sociais, mas as transcende, bem como suas diferenças e peculiaridades, para formular uma nova prática, um novo saber, que é menos determinado pelo seu objeto do que pelo seu objetivo" (JUNQUEIRA, 2000, p. 39).

É nesse contexto que a educação permanente demandou reflexões acerca da intersetorialidade na pesquisa que realizamos, especialmente porque, na formação que nela efetuamos,

[1] Cenas dos encontros entre pesquisadoras (es) e participantes da intervenção/formação descritas no caderno de campo de uma das pesquisadoras.

os sujeitos envolvidos iam sendo interpelados a pensar, em grupo, nos problemas comuns, nas demandas coletivas e nas responsabilidades setoriais de cada secretaria. Perguntas como "o que nos é comum?" e "o que é particular de cada setor/área programática?", foram emergindo ao longo de nossos encontros e nos fazendo pensar coletivamente – pesquisadores (as), técnicos (as) e gestores (as). Foi ficando visível para o grupo que, mesmo no âmbito de uma mesma secretaria/setor/área programática, há pessoas/áreas/setores que não conversam, não planejam/executam em conjunto as ações, o que faz com que muitas dessas ações não se efetivem, ou se repitam e até se sobreponham.

O segundo movimento implicou colocar a intersetorialidade em cena, para entendê-la como um processo que não está dado *a priori* e que necessita superar os saberes disciplinares, bem como os modos de organização fragmentada do trabalho e da gestão. Isso requer diferentes articulações nas esferas estatais que incidem principalmente nos processos de significação das práticas culturais e sociais e no caráter construído, provisório e contingente das noções e dos discursos que fundamentam as políticas sociais. Nessa direção, compreendemos, a partir da pesquisa, que ensinar e aprender em um contexto intersetorial pode ser potente e bastante produtivo. Todavia, atuar na perspectiva da intersetorialidade não é uma tarefa simples, pois exige a mudança de práticas e posturas, deslocamentos de posições e alterações nas relações de poder/saber que atravessam e constituem as dinâmicas dos diversos setores e instituições, incluindo-se, aqui, a relação entre universidade e gestão de políticas públicas, como era o nosso caso. Além disso, aprendemos que a intersetorialidade precisa ser relativizada quanto aos seus limites e às suas possibilidades, uma vez que ela é, também, produto e produtora de efeitos e sentidos nos diferentes contextos nos quais é vivida. Ela não é algo entendido e colocado em funcionamento, tal como propõem os documentos normativos que a definem e pretendem dirigir sua operacionalização, mas é (des)construída continuamente nas dinâmicas e relações entre os diferentes setores/grupos/pessoas.

Na prática, para além de privilegiar a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, trabalhar intersetorialmente pressupõe, de certa maneira, romper com as (ou suspeitar das) estruturas hierárquicas que compõem os atuais organogramas de gestão nas instituições públicas, bem como com a formação fragmentada dos (as) diferentes profissionais que integram a grande área da saúde. Assim, parece ser necessário dar conta, ao mesmo tempo, das demandas de grupos específicos, da população em geral e dos problemas sociais existentes.

A implementação de ações intersetoriais demanda uma certa integração das estruturas de gestão. Essa integração envolve cogestão e corresponsabilidade dos diversos setores envolvidos, o que nem sempre é uma proposição simples, pois, na medida em que as ações são desenvolvidas coletivamente, mais profissionais são envolvidos (as) para pensar, planejar e executar e menos necessária se torna a tomada de decisão por um (a) dirigente ou gestor (a). A gestão é, nessa direção, algo menos centralizado e mais coletivo e compartilhado, o que não quer dizer que as tomadas de

decisões sejam feitas sem tensões e resistências, ao contrário. Nesse contexto, é preciso aprender que as tensões e resistências são necessárias e produtivas, uma vez que elas só ocorrem porque há disputa de posições, de modos de pensar e de fazer que precisam ser conhecidos, defendidos, pactuados e reconfigurados.

Em síntese, foi possível visibilizar – em grupo e no grupo – que, no plano discursivo, a intersetorialidade aparece como diretriz estratégica, inclusive em função da necessidade de atuar sobre os problemas complexos que envolvem a redução das desigualdades e a promoção da inclusão social; sua materialização, entretanto, enfrenta sérios obstáculos, principalmente de ordem institucional e cultural, que podem dificultar ou impedir a execução de ações articuladas. Desse modo, e como ocorreu em nossa pesquisa, o tema da intersetorialidade vem se impondo como uma estratégia que, supostamente, resolveria muitos dos problemas a serem enfrentados na formulação e na implementação das políticas públicas recentes. Este tema tem estado presente nos discursos técnicos e políticos e, também, nos documentos e materiais educativos produzidos e utilizados em diversos setores, nas três esferas de gestão (federal, estadual, municipal), como *case* de boas práticas de gestão pública, por otimizar recursos e evitar sobreposição de ações em uma determinada comunidade ou com grupos específicos.

Por fim, é possível visibilizar ainda um terceiro movimento que se desdobra das duas cenas anteriormente narradas. Pode-se dizer que o que se produziu ali, no âmbito da pesquisa, faz sentido em um contexto de confrontos e de negociações culturais que envolvem relações de poder sobre o que cabe a cada participante/agente/setor, o que coloca o grupo diante da questão: quem pode dizer/fazer o que, para quem, e em quais circunstâncias/situações? Aqui, entende-se que "o poder só existe em ato" (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 243), que o poder não é exatamente algo que se pode ter e, sim, que se pode exercitar, experimentar. Poder como ação sobre a ação dos outros, "condução de condutas", como governo. Nesse sentido, para existir, o poder supõe resistência, ou seja, ele se concretiza como uma relação de forças que envolve "sujeitos individuais e coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer" (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 24). Dar-se conta que todos e cada um estão implicados, de algum modo, nas formas que o poder assume nessas relações de trabalho, para além de sua configuração hierárquica, propiciou discussões bastante produtivas.

No município objeto desta pesquisa, as dificuldades encontradas pelos (as) técnicos (as) que operam as políticas públicas, de dialogarem com gestores (as) das mesmas políticas, pareciam ser resultado tanto da fragmentação de estratégias e ações, quanto do distanciamento entre 'quem formula' e 'quem executa' essas políticas. Outra dificuldade diz respeito ao 'tempo da política', que precisa gerar resultados mensuráveis e traduzíveis como indicadores numéricos que reflitam (pelo menos) os quatro anos de uma gestão. A separação entre 'quem formula' e 'quem executa' as políticas tende a

acirrar relações hierárquicas e verticalizadas, de um lado, e a resistência de quem executa tais políticas, de outro. Outro aspecto possível de se pensar aqui é que, exatamente pelo sentimento de isolamento e a responsabilidade que decorre da execução, muitos (as) técnicos (as) e gestores (as) de políticas públicas buscam cursos e processos educativos como estratégia de compartilhamento e troca.

Como já dissemos, o caráter formativo da pesquisa nos permitiu refletir sobre os desafios da implementação de políticas públicas intersetoriais a partir de relatos e de discussões coletivas de agentes que operam essas políticas no âmbito de um município. Determinados desafios só foram verbalizados e puderam, portanto, ser explorados por nós, em conjunto com o grupo, porque utilizamos uma metodologia participativa e porque nos deslocamos do lugar de quem ia 'levar conhecimento' para o de quem ia 'refletir e produzir conhecimentos' com o grupo. Muitas e diferentes aprendizagens foram constituídas ali, por todos que participaram da pesquisa. E é sobre a pergunta 'quem aprende o que com quem' que refletiremos a seguir.

## Quem aprende o que com quem? Ressonâncias da discussão sobre intersetorialidade

> [...] essa pergunta *quem aprende com quem* não trata necessariamente do conteúdo que tá sendo discutido, né? Mas mostra o quanto é importante oportunizar espaços de conversa, o quanto a gente aprende uns com os outros, e não porque um tá ensinando e o outro tá aprendendo, mas porque de alguma forma aquilo que alguém abre outras possibilidades para pensarmos sobre os nossos problemas. Quer dizer, quantos pequenos e médios problemas no âmbito do nosso trabalho a gente poderia solucionar se houvesse espaços de conversa. Não precisariam ser dirigidos por alguém da Universidade, mas espaços de conversa. Quantas pequenas e médias soluções vocês arrumaram aqui sem a nossa interferência [dos (as) pesquisadores (as)] e sem a interferência dos gestores? [...] Às vezes, apenas com a troca de informações] coisas muito pequenas, mas que na verdade atravancam o cotidiano [do trabalho], poderiam ser resolvidas. [...] Assim, como formadora, essa foi uma coisa que eu aprendi aqui e que, vamos dizer assim, referenda que a educação permanente faz sentido quando a gente fala que é importante se apropriar dos processos de trabalho nos quais a gente tá inserida (Pesquisadora[1], Grupo focal realizado em 19 de março de 2010).

O excerto do grupo focal que utilizamos para abrir esta seção apresenta elementos que parecem torcer um dos principais pilares da educação tradicional, qual seja: são os (as) professores (as) que ensinam e os (as) alunos (as) que aprendem. Perguntar-se 'quem aprende o que com quem?', após um processo educativo formal realizado por uma universidade, parece deslocar lugares de saber-poder instituídos. Não nos referimos, neste momento, apenas aos saberes 'conteudistas' e, sim, a outras aprendizagens que podem se estabelecer a partir de espaços/momentos de troca como o que realizamos.

Propomos pensar que vivenciamos e possibilitamos, de certa forma, (des)aprendizagens, tomando a potencialidade desta ideia para pensar que, no contexto em que foi realizada a pesquisa, desaprender e aprender se tornaram processos relacionados, interdependentes e constitutivos dos

[1] Trechos da fala de uma pesquisadora do grupo.

trabalhos (inter)setoriais problematizados, pois, conforme Foucault (2004), toda aprendizagem pressupõe e demanda, necessariamente, desaprendizagens.

Nessa direção, outro entendimento importante sobre educação permanente (que tivemos a partir do projeto) toma como pressuposto as colocações de Paraíso (2011), que chama a atenção para o fato de que os processos de ensino e aprendizagem nos quais estamos envolvidos em diferentes contextos implicam desaprendizagens. No entender dessa autora, para aprender é necessário "primeiro aprender a desaprender" sentidos constituídos, significados produzidos/incorporados, e pensamentos construídos, para abrir em si próprio a diferença. Nesse sentido é que "ensinar é muito diferente de aprender" (PARAISO, 2011, p. 147), uma vez que ensinar supõe homogeneizar e aprender supõe criar possibilidades de singularização. Para a equipe de pesquisa, algumas das (des)aprendizagens possibilitadas por esses encontros e diálogos entre as instâncias da investigação e as da gestão e dos serviços públicos, cujas proposições programáticas temos tematizado em nossas pesquisas, foram muito significativas do ponto de vista das reflexões, tanto sobre as possibilidades e os limites das políticas públicas, quanto, sobretudo, dos modos de conduzir as pesquisas e as problematizações delas decorrentes.

Dessas (des)aprendizagens, destacam-se: o dimensionamento do descompasso que se estabelece entre o tempo demandado para a efetivação de exercícios de apreensão, de reflexão e de avaliação crítica sobre o próprio fazer, e o tempo imposto para a efetivação desse fazer no âmbito das políticas e serviços; a engenhosidade e, ao mesmo tempo, a invisibilidade de saberes e de práticas contexto-informadas engendradas pelos (as) técnicas (os) nos seus processos de trabalho, e que não são sistematizadas, incorporadas e valoradas em função da inexistência desses espaços de reflexão e de troca de experiências sistemáticas nas instituições; a constatação, *in loco*, da repercussão quase inexistente das pesquisas que realizamos na 'academia', nos contextos que investigamos, e a necessidade de repensarmos nossas formas de articulação nessa direção.

Dentre os resultados práticos que almejávamos, pode-se apontar, por exemplo, o que foi amplamente mencionado por eles (as) no processo de avaliação do nosso percurso formativo, nos grupos focais: os ganhos individuais dos (as) participantes, em termos dos processos de aprendizagem, as trocas profissionais, o espaço de compartilhamento de experiências e de reflexão sobre algumas possibilidades de resolução de seus problemas profissionais. Entretanto, pouco se efetivou concretamente, quando se pensa em termos institucionais, no âmbito do município. Ou seja, o fato de os (as) profissionais pararem para refletir sobre o seu processo de trabalho e pensar coletivamente não teve efeitos concretos no seu cotidiano de trabalho, como propõe a educação permanente. Essa constatação aponta, de certo modo, para uma incoerência, na medida em que a gestão municipal não só aceitou a proposta, como se comprometeu efetivamente com sua implementação: participou com três servidores (as) da etapa do planejamento e da seleção de participantes, disponibilizou espaço

físico para a realização dos encontros e autorizou o afastamento remunerado, em horário de trabalho, para que os (as) servidores (as) pudessem participar do projeto. Apesar dessa 'disposição para', a 'urgência' cotidiana da gestão e dos serviços – associada ao ritmo acelerado de proposição de novos programas e ações em esfera estadual e federal (sem que os programas em andamento sejam avaliados e redimensionados) e sua associação com os processos eleitorais nas diferentes esferas (que não são coincidentes) – se impõe de tal forma que gestores (as) e técnicos (as) são constantemente substituídos, remanejados e/ou responsabilizados por mais um programa/função. Essa 'urgência' também contribui para que espaços regulares e instituídos para interlocução e troca de experiências e de saberes – tomados e vividos como espaços formativos, no e pelo trabalho, e que são indispensáveis para a implementação da intersetorialidade – não se viabilizem e/ou se tornem quase impossíveis.

Apresentamos apenas um exemplo concreto disso: a redução de 45 para 22 participantes praticamente no primeiro mês de nossos encontros, motivada principalmente pela impossibilidade de os funcionários se ausentarem do trabalho nos turnos previstos, mesmo estando sua participação acordada com os (as) responsáveis pelas três pastas da administração municipal. Em outras palavras, os acordos institucionais não são suficientes para garantir a participação de trabalhadores (as) em processos formativos. Mesmo nos processos que pressupõem – como no caso da metodologia da educação permanente – construção coletiva, envolvimento e implicação de todos os (as) participantes, bem como a possibilidade de mudança de rumos, essa participação não se efetiva, pois o tempo da gestão e as prioridades (individuais e institucionais) a inviabilizam. Na concretude de nossos encontros semanais, aprendemos, sobretudo, que pesquisar e intervir na perspectiva da educação permanente demanda rever constantemente as prioridades e os saberes com que lidamos para colocá-los em relação com as prioridades e os saberes do grupo com quem trabalhamos.

**Considerações finais**

Ao longo do trabalho de campo, criamos possibilidades de apreensão e de dimensionamento do trabalho realizado pelas Secretarias e tornamos possível também o compartilhamento de saberes locais nelas produzidos. As discussões que realizamos deram visibilidade ao que era traduzido e vivido pelos (as) gestores (as) e técnicos (as), como dificuldades complexas e abrangentes que se vinculavam, por exemplo, com: falta de operacionalização de redes de atendimento integrado e o não compartilhamento de informações entre programas e Secretarias; as poucas possibilidades de encaminhamento para resolução dos problemas detectados e o desconhecimento da multiplicidade de programas desenvolvidos nas próprias secretarias e naquelas que compõem a rede de proteção social básica (saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e segurança pública); a reduplicação de programas e de ações muito semelhantes, a falta de recursos em um e a devolução compulsória de recursos já liberados em outros, que não puderam ser gastos dentro dos prazos predeterminados; a

distância entre o que se preconiza nos textos programáticos e ‘os modos de viver a vida’ das populações-alvo que confronta, muitas vezes, os (as) técnicos (as) com situações ‘impensadas’ em contextos ‘impensáveis’.

Para nós, pesquisadoras (es), o trabalho de campo evidenciou que a intersetorialidade, pressuposta como fundamento para o funcionamento de políticas sociais no Brasil atual, ainda está longe de se materializar nas políticas e nos serviços investigados. Tornou evidente também que essas políticas estão vinculadas a um paradoxo em que, por um lado, elas pautam a intersetorialidade como um *a priori* funcionante, ao mesmo tempo em que as dificuldades (quase impossibilidades) implicadas em sua implementação efetiva configuram a incapacidade de realizá-la. Esse é, pois, um dos resultados de nossa pesquisa e constituiu um dos aspectos que discutimos neste artigo.

A nosso ver, tais dificuldades (bem como as [im]possibilidades e as incitações a elas vinculadas) podiam ser explicadas, entre outras possibilidades, por uma suposição constitutiva dos discursos que informam tais políticas e que já vínhamos mapeando em pesquisas anteriores, qual seja: a de que a concretização dos objetivos das políticas depende, principalmente, da ação dos indivíduos que devem implementá-las. Alicerçado nessa suposição, o pressuposto da individualização da responsabilidade, tanto do sucesso quanto, sobretudo, das falhas das ações programáticas, não incide apenas sobre a população que se assiste; incide também e, fortemente, sobre aqueles (as) que trabalham nessas políticas. Como referimos em outro artigo vinculado a esta pesquisa (MEYER et al., 2014b), o vocacionalismo, a afetividade e a força de vontade continuam a ser intensamente mobilizados no entorno dessas políticas, tanto para impulsionar quanto para qualificar ações profissionais. São tomadas, em muitos casos e nessas áreas, como ‘competências tácitas (KERGOAT, 1989).

Destacamos, de modo provisório e contingente, o que identificamos como entraves para a implementação e efetivação da intersetorialidade. Entraves observados e destacados pelos gestores (as) e técnicos (as), entre os quais: o tempo da gestão, *a priori* de quatro anos, para desenvolver ações e mostrar resultados; o tempo dos imprevistos, como catástrofes naturais, por exemplo, que mudam o foco das equipes para atuar nas emergências; o tempo de ‘tudo ao mesmo tempo’, ou seja, os (as) mesmos (as) profissionais atuam em frentes de trabalho diferentes e, não raramente, as agendas possuem datas (e até objetivos) conflitantes. Há, também, o histórico de fragmentação das políticas (e também da formação dos (as) profissionais que são por elas responsáveis), cujos efeitos permanecem por longo tempo. Podemos destacar também que há pouco investimento e ‘tempo’ para que os (as) profissionais possam se atualizar; e os processos formativos, quando acontecem, são planejados como capacitações das quais se esperam soluções imediatas para diferentes problemas (MEYER, 2012), ainda com o formato usual das ‘melhores’ e mais atualizadas formas de resolver problemas laborais cotidianos.

Mesmo diante desse quadro, marcado por entraves, a pesquisa nos mostrou que possibilidades e potencialidades interessantes para promover um trabalho intersetorial emergem quando pessoas, instituições e serviços envolvidos (as) com aquela (s) política (s), naquele (s) lugar (es) podem, efetivamente e de forma legítima compartilhar saberes, experiências e dificuldades e produzir soluções que redimensionam e ressignificam o próprio trabalho. Essa é, a nosso ver, uma das grandes contribuições da educação permanente para a intersetorialidade.

## Referências


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 63 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-456, 2009.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, p. 253-277, 2012.

COSTA, B.; BRONZO, C. Intersetorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão. In: FARIA, C. A. (Org.). **Implementação de políticas públicas:** teoria e prática. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Paulo: Martins Fontes, 2004.

GILES, J.; MIDDLETON, T. **Studying culture:** a practical introduction. Oxford: Blackwell Publishers, 1999.

HALL, S. **Representation:** cultural representation and signifying practices. London: Sage; Open University, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KERGOAT, D. Da divisão do trabalho entre os sexos. **Tempo Social**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 88-96, 1989.

MEYER, D. E. E. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D. E. E.; PARAÍSO, M. A. (Org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. p. 47-62.

MEYER, D. E. E. et al. Políticas públicas: imperativos e promessas de inclusão social. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 85, p. 1001-1026, 2014a.

MEYER, D. E. E. et al. Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da "inclusão social". **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 885-904, 2014b.

MULLER, P. S. I. **Análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2002.

PACKER, M. **The science of qualitative research**. New York: Cambridge University Press, 2011.

PARAÍSO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Org.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo.** Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-160.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Educação permanente em saúde e governamentalidade biopolítica: uma análise genealógica. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 43-60, 2013.

SASSAKI, R. K. Panorama geral da inclusão social. In: SEMINÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE LIMEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 1., 2003, Limeira. **Anais...**Limeira, 2003.

SHORE, C.; WRIGHT, S. **Anthropology of policy:** critical perspectives on governance and power. London: Routledge, 1997.

SILVA, T. T. **O currículo como fetiche:** a poética e a política do texto curricular. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

THOENIG, J. C. Politique publique. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. (Org.). **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Les Presses de Sciences Po, 2006. p. 328-335.

# Pesquisas

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO NO RIO GRANDE DO SUL

## HEALTH EDUCATION: A CASE STUDY ON CONGENITAL SYPHILIS IN THE CITY OF ESTEIO IN RIO GRANDE DO SUL

## EDUCACIÓN EN SALUD: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL MUNICIPIO DE ESTEIO EN RIO GRANDE DO SUL

Aline Coletto Sortica[1]

Paulo Peixoto de Albuquerque[2]

**Resumo**

A sífilis permanece como um sério problema de saúde pública, o grande número de casos em gestantes e seus parceiros têm levado ao aumento da sífilis congênita. O município de Esteio, Rio Grande do Sul, foi o local de escolha para este estudo, por apresentar um número crescente de casos de sífilis congênita e conta em sua rede com a estrutura necessária para o cuidado no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. Este estudo objetivou identificar as potencialidades e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, no que se refere à educação em saúde e ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e às crianças com suspeita ou diagnóstico de sífilis congênita e contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita. O estudo utilizou a técnica de estudo de caso para contemplar os objetivos previstos. Foram realizadas 13 entrevistas individuais com gestores, médicos e enfermeiros da Atenção Básica e maternidade, profissional da Vigilância em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde (roteiro semiestruturado baseado no caso fictício de uma gestante com sífilis). As entrevistas foram transcritas e organizadas em categorias. Por meio da análise de discurso, pretendeu-se compreender à percepção dos entrevistados sobre o cuidado da sífilis congênita, frente à realidade municipal. Nos resultados verificou-se que os trabalhadores têm papel fundamental na participação das políticas de saúde e ensino na saúde. Na perspectiva dos entrevistados, emerge a complexidade do cuidado em saúde relacionado a uma IST, vinculada as dimensões técnica, de gestão, política, pedagógica, mas principalmente relacionadas a questões individuais e sociais da população.

**Palavras-chave:** Sífilis. Sífilis congênita. Educação em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

[1]Graduação em Enfermagem, Especializações em Enfermagem pediátrica pela Universidade Luterana do Brasil e Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública, Rio Grande do Sul, Brasil. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.
E-mail: aline-sortica@saude.rs.gov.br

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

**Abstract**
Syphilis remains a serious public health problem, the large incidence in pregnant woman and their partners have driven the increase of the congenital syphilis. The City of Esteio, Rio Grande do Sul, was the chosen location for this study, as it only demonstrates an increasing number of cases of congenital syphilis but also has the necessary structure for the prenatal, childbirth, birth, puerperium, and health care. The overall objectives of this work is to identify the strengths and weaknesses in the Health Care Networks of Esteio City, in relation to health education and care for pregnant and partners with syphilis end for kids diagnosed or suspected of congenital syphilis the contribute with elements to leverage education strategies concerning coping the congenital syphilis. The study used the case study technique to contemplate the expected objectives. Were conducted 13 individual interviews with managers, doctors and nurses from the Primary Health and maternity, Health Surveillance Professionals and Community Health Agents (semi-structured script based on a fictional case of a pregnant with syphilis). The interviews were transcribed and organized in categories. The research applied speech analysis to understand the perception of the interviewed around the care of congenital syphilis, in front of the city's reality. The results showed that workers play a fundamental role in the participation of health and education policies in health. From the perspective of the interviewees, the complexity of health care related to an STI emerges, linked to the technical, management, political, and pedagogical dimensions, but mainly related to individual and social issues of the population.
**Keywords:** Syphilis. Congenital Syphilis. Health Education. Comprehensive Health Care.

**Resumen**
La sífilis permanece como un serio problema de salud pública, el gran número de casos en gestantes y sus parejas han aumentado la sífilis congénita. El municipio de Esteio, Rio Grande do Sul, fue el lugar elegido para el estudio, por presentar un número creciente de casos de sífilis congénita y cuenta en su red con la estructura necesaria para el cuidado en el prenatal, parto, nacimiento, puerperio y atención a la salud del niño. Tuvo como objetivo, identificar las potencialidades y fragilidades en la Rede de Atención a la Salud (RAS) del municipio, en lo que se refiere a la educación en salud y al cuidado con las gestantes y parejas con sífilis y a los niños con sospecha o diagnóstico de sífilis congénita y contribuir con elementos para subvencionar estrategias de educación en lo que se refiere al enfrentamiento de la sífilis congénita. El estudio utilizó la técnica de estudio de caso para contemplar los objetivos esperados. Fueran realizadas 13 encuestas individuales con gestores, médicos y enfermeros de la Atención Básica y maternidad, profesional de la Vigilancia en salud y Agentes Comunitarios de Salud (guión semiestructurado basado en el caso ficticio de una gestante con sífilis). Las encuestas fueran transcriptas y ordenadas en categorías. A través del análisis del discurso, fue considerado comprender la percepción de los entrevistados sobre el cuidado de la sífilis, delante de la realidad municipal. En los resultados fue verificado que los trabajadores tienen papel fundamental en la participación de las políticas de salud y enseñanza en la salud. En la perspectiva de los entrevistados, se revela la complejidad del cuidado en salud relacionado a una IST, vinculada a las dimensiones técnicas, de gestión, política, pedagógica, mas principalmente relacionadas a las cuestiones individuales y sociales de la población
**Palabras claves**: Sífilis. Sífilis congénita. Educación en salud. Asistencia Integral a la Salud.

## Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria gram negativa *Treponema pallidum* (SÃO PAULO, 2016). No período gestacional a sífilis pode ser transmitida para o feto, sendo na sua forma congênita responsável por casos de abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e também morte do recém-nascido. A doença permanece um sério problema de saúde pública, apesar da disponibilidade de tratamento efetivo de baixo custo, há um aumento do número de casos na população. As crianças com sífilis congênita necessitam de assistência especializada no nascimento, no período neonatal, pós-natal e até os 2 anos de vida, devido as possíveis consequência da doença (BRASIL, 2015).

No Brasil, vem ocorrendo um progressivo aumento dos casos de sífilis congênita, passando em 2007 a 2015, passando de 5.554 no ano de 2007, o que representa uma taxa de incidência (TI) de

1,9 para 19.228 casos em 2015, corresponde a uma TI 6,5 para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2016a). O Rio Grande do Sul também vem apresentando um número crescente de sífilis congênita, chegando em 2014 a 1.180 casos, em 2015 a situação se torna mais grave, apesar de serem dados ainda preliminares, já são 1.668 casos de sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que representa uma TI de 11,3 casos por 1.000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O município de Esteio apresenta a mesma tendência de aumento de casos de sífilis congênita, chegando nos anos de 2012 a 11 casos, 2013 a 9 casos, 2014 a 11 casos e 2015 a 16 casos (BRASIL, 2016b). Quanto à TI de Sífilis Congênita em 2015, Esteio apresentou 15,8 casos por 1.000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2016), taxa muito superior a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que considera eliminada a sífilis congênita, países que atingirem a taxa de incidência de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem um papel fundamental para a prevenção da sífilis congênita, pois apresentam três elementos fundamentais, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Para Mendes (2011), a população é a razão de ser da RAS e está sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A estrutura operacional é composta pelos nós da rede, o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde (APS); os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e pelo sistema de governança, que comunicam os diferentes nós, um modelo de atenção à saúde.

Compreender a dinâmica da RAS, o fluxo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, maternidade e demais serviços de saúde do município e conhecer as estratégias de educação em saúdes adotadas para o enfrentamento da sífilis congênita, no âmbito da gestão, vigilância e assistência em saúde em relação às gestantes, parceiros e crianças com suspeita ou diagnóstico de sífilis congênita é de fundamental importância para identificar os fatores que levam a este elevado número de casos de sífilis congênita.

Não basta conhecer os protocolos e os serviços da RAS, se o indivíduo (usuário) não é compreendido como um sujeito que tem suas concepções de saúde-doença, em sua condição social, econômica, familiar e em sua condição de gênero, principalmente quando falamos em uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), como a sífilis. Neste sentido, Domingues et al. (2013) dizem que a ocorrência de sífilis na gestação está associada à cor da pele, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas piores, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas, indicando maior vulnerabilidade

social e reprodutiva dessas mulheres o que torna mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população.

Este artigo tem como objetivo apresentar as potencialidades e fragilidades identificadas na RAS do município de Esteio – Rio Grande do Sul (RS), no que se refere à educação em saúde e o cuidado prestado para a prevenção da sífilis congênita. Busca contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita.

**Metodologia**

O artigo apresenta os resultados de um estudo de caso (YIN, 2015) desenvolvido no município de Esteio, região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O município foi o local de escolha por apresentar um número crescente de casos de sífilis congênita nos últimos anos e também por contar em sua rede, com toda a estrutura para contemplar o cuidado no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança, componentes preconizados na Rede Cegonha. Além de ser considerado um município prioritário para ações de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A pesquisa foi realizada através de entrevistas individuais, gravadas por equipamento de áudio, com um tempo de duração de cerca de 30 minutos. Utilizou como base um questionário com perguntas semiestruturadas, baseada no caso fictício de Violeta.

O caso

Violeta, 19 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) por suspeitar que está grávida. Foi atendida pela enfermeira Paula, realizou teste rápido de gravidez, com resultado reagente. Gesta: II, aborto: I, idade gestacional: mais ou menos 20 semanas aproximadamente - pela data da última menstruação (DUM), teste rápido de HIV: não reagente, teste rápido de sífilis: reagente.

Paula disse que era necessário iniciar o Pré-natal imediatamente, pois ela já estava chegando tardiamente a UBS. Foi solicitado demais exames de rotina do Pré-natal e VDRL (Paula pede que ela realize os exames com maior rapidez possível, pois precisa confirmar a Sífilis), foi marcado consulta com o médico para a próxima semana e solicitado a que traga junto seu companheiro, pois ele precisa fazer o exame também e iniciar tratamento).

Violeta ficou bastante preocupada com a gravidez, na realidade estava com medo e por isso não havia procurado a UBS anteriormente. Ela e o namorado João, estão em altos e baixos na relação há bastante tempo. No ano passado já havia ficado grávida e ele a acusou de ter engravidado propositalmente, mesmo sabendo que ele não queria.

Na primeira gravidez o exame para sífilis também tinha dado positivo, na UBS já tinham pedido que levasse o namorado, só que eles estavam brigados e como logo depois acabou perdendo o bebê, não retornou ao serviço.

João usava drogas eventualmente e ficava agressivo, alguns dias antes de perder o bebê, eles discutiram e ele há empurrou, no fundo achava que tinha perdido o bebê por causa da queda, mas no hospital disseram que devia ser por causa da sífilis, no hospital fizeram uma injeção e mandaram ela fazer outras na UBS, mas acabou não indo, ela e João estavam tentando fazer as pazes, se falasse sobre "isso" as coisas podiam piorar outra vez. Ela sabia que João não era fiel, mas não sabia se tinha pego dele essa doença, porque teve outros namorados antes dele.

Ela está com muitas dúvidas: E se por acaso o exame dele fosse negativo? E se ela tivesse passado para ele? Como ele reagiria?

Violeta foi ao laboratório indicado por Paula, porém teve que agendar os exames para 10 dias, não conseguiu fazer o exame, pois lhe explicaram que não há mais cota este mês, mas como ela é gestante é prioridade e deve retornar na próxima semana para fazer a coleta.

Ela está preocupada e não sabe o que fazer, precisa pensar antes de contar para João sobre a gravidez e sobre a doença.

Violeta não retornou ao laboratório e também não foi a UBS, abandonou o Pré-natal.

As entrevistas

Foram entrevistados profissionais responsáveis pela coordenação municipal da Atenção Básica e pela coordenação da política de IST/Aids (gestores), médico do centro obstétrico e da UTI Neonatal (médicos hospital), enfermeiro do centro-obstétrico e da maternidade (enfermeiros hospital), 2 médicos de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (médicos atenção básica), 2 enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (enfermeiros atenção básica), profissional da Vigilância em Saúde (vigilância município) e 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A coleta de dados foi realizada no ano de 2016 e ocorreu no local de trabalho dos entrevistados.

O roteiro das entrevistas contemplou as seguintes questões:

1 – No seu ver, porque esta situação ocorreu?

2 – O que se faz hoje em um caso como o de Violeta?

3 – O que poderia ter sido feito e não foi feito neste caso?

4 – Você acha que educação em saúde poderia ser a solução? Porque?

O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra, posteriormente utilizou-se um instrumento de análise de discurso (Quadro de Análise de Discurso - QAD), onde identificou-se para cada questão, as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens (MAINGUENEAU, 2015). A

ideia central, foi a descrição, a mais sucinta e objetiva possível, do sentido do discurso. A ideia central tem a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo positivamente suas especificidades semânticas, o que permite distingui-lo de outros discursos, portadores de outras especificidades semânticas.

Na ancoragem, por meio da ideia básica do discurso, buscou-se a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença manifestada, que foram representadas pelas dimensões técnica, gestionária, individual, social, pedagógica ou política.

Cada entrevistado foi identificado com a letra "E" de entrevistado, seguida de um algarismo arábico que representa a sequência em que as entrevistas foram realizadas de "E1" a "E13".

Foram observados os aspectos éticos, conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi realizado com financiamento próprio e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**A percepção dos profissionais da saúde**

O conjunto de narrativas apontam para duas situações: a primeira diz respeito à dimensão técnico/gestionária, pois na leitura do senso comum dos entrevistados é a que está ligada a causa do problema, o que na perspectiva de Merhy (1997), podem ser consideradas como tecnologias leves, como por exemplo: a falha no atendimento, falta de acolhimento e falta de comunicação com os outros pontos de saúde da rede.

Em uma segunda leitura dos dados, entretanto, percebe-se que todas as categorias profissionais entrevistadas destacam a dimensão individual como aquela que se apresenta como real causa do problema, pois em sua grande maioria deslocam a causa do problema para a esfera privada ao trazer o relacionamento com o parceiro como forte indicador do problema, além de falta de diálogo sobre questões de sexualidade, falta de apoio, culpabilização da mulher e violências.

Neste caso, destaca-se o fato dos profissionais não relacionarem o problema com a incapacidade do sistema de articular políticas públicas que possam dar conta de uma situação na qual segmentos da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social está. Mesmo quando a questão social aparece nas falas, pouco se relaciona a aspectos importantes da dimensão social, como por exemplo, as ferramentas que este indivíduo dispõe para enfrentar o problema, ficando as falas muito restritas ao âmbito do indivíduo, do pessoal.

O QAD 1 aponta para um paradoxo: a causa ou razão de um problema está ora no sistema ora no usuário, ou seja, há uma questão não visibilizada aqui que é a responsabilidade dos técnicos e a efetividade do serviço público, pois são estes aqueles que tem maiores condições (conhecimentos) sobre os problemas e saúde pública.

QAD 1 – Percepção da situação/causa do problema por categoria profissional e local de trabalho.

| CAUSAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CATEGORIA** | **ENTREVISTADO** | **EXPRESSÕES CHAVE** | **IDEIAS CENTRAIS** | **ANCORAGEM** |
| GESTORES | E3 | "**não conseguiu acolher ela** de uma forma que ela começasse a vir fazer o acompanhamento (...)".<br>" (...) o primeiro problema**, não criou vínculo**".<br>"toda a doença relacionada ao sexo, tem uma história de **preconceito e dificuldade de diálogo** (...)".<br><br>"**tem vínculo com outras questões** (...) traição, falta de relação estável (...) o uso de drogas, de alcoolismo (...)". | Não acolhimento<br><br>Falta de diálogo<br>Questões que extrapolam a saúde | Dimensão Técnica/ Gestionária<br><br>Dimensão Social |
| | E7 | "me parece **um descuido da equipe em monitorar**".<br><br>"**faltou intercomunicação do hospital** (...) com a UBS para que essa gestante pudesse ser monitorada lá na ponta, para o seguimento do tratamento daquele caso". | Falha no atendimento<br><br>Falta de comunicação da rede | Dimensão Técnica / Gestionária |
| MÉDICOS HOSPITAL | E2 | "é sempre assim, é sempre a mesma história, o namorado não trata (...) é que isso tudo são os **relacionamentos conturbados**, porque dificilmente isso acontece com uma pessoa que já está estabilizada, em um relacionamento estável". | Problema no relacionamento com o parceiro | Dimensão Individual |
| | E5 | "acredito que pela **relação do casal, pela dificuldade** em acertar as coisas, no caso de os dois... talvez assim, porque a sífilis a gente sabe que foi... sexualmente transmitida". | Problema no relacionamento com o parceiro | Dimensão Individual |
| ENFERMEIROS HOSPITAL | E1 | "eu acho que é bastante por medo da paciente, do **relacionamento já conturbado** que ela tem com o parceiro". | Problema no relacionamento com o parceiro | Dimensão Individual |
| | E4 | "Uma é pela **situação de violência** que ela vive".<br><br>"acho que **faltou da UBS**, apesar que a UBS não pode fazer tudo, mas poderia se envolver um pouquinho mais pra **vincular ela"**. | Situação de violência<br><br>Não vinculação | Dimensão Social<br><br>Dimensão Técnica/ Gestionária |
| MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA | E6 | "Além da equipe de saúde, a equipe de serviço social também parece que não foi informada ou a **equipe de saúde falhou**". | Falta de comunicação da rede | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E8 | "eu acho que é multifatorial , é uma gravidez indesejada, é uma **gravidez indesejada de um parceiro que ela não tem uma relação muito boa** e ainda tem uma sífilis junto". | Problema no relacionamento com o parceiro | Dimensão Individual /Social |
| | E9 | "mesmo sabendo que ele não é fiel (...) não saberia se pegou, se a culpa não seria dela e mesmo que não fosse, o companheiro não aceitaria né, **ficaria como se a culpa fosse dela**".<br>"(...) mas **tu não vai conseguir chegar** num VDRL como devia, o quanto antes, e nestas idas e vindas, aqui é muito longe do centro, não tem passagem, vai uma vez para agendar, na segunda vez se não for, **ela não vai fazer a coleta**". | Culpabilização da mulher<br><br>Dificuldade de acesso a exames laboratoriais | Dimensão Social<br><br>Dimensão Gestionária |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA | E11 | "(...) às vezes eles (usuários) precisam **de um 'baque**' assim, de algumas palavras mais duras pra se conscientizar que não é uma brincadeira". | Dificuldade de comunicação com usuários | Dimensão Técnica/ Pedagógica |
| VIGILÂNCIA | E10 | "ela tem dúvidas de que ele... de que ela passou para ele e de **que reação que ele vai ter**, se por acaso o exame dele der não reagente". | Problema no relacionamento com o parceiro | Dimensão Individual |
| AGENTES COMUNITÁRIOS | E12 | "Eu acho que **tem a haver com a questão do parceiro** (...) como ela tinha dúvida se a sífilis veio dela ou do parceiro, porque ele parece não ser fiel, enfim". | Problema no relacionamento com parceiro | Dimensão Individual |
| | E13 | "Eu acho que **faltou orientação para ela**, não ter com quem conversar, talvez na unidade ela não tivesse uma pessoa que ela confiasse para chegar e expor isso, toda essa dificuldade".<br>"Se ela tivesse alguém que ajudasse ela a resolver este problema, porque sozinha ela não tá conseguindo. Talvez ela não tenha familiares, a gente não sabe se ela tem apoio, **talvez é o apoio que está faltando**". | Falha no atendimento da equipe<br><br>Falta apoio familiar e do serviço | Dimensão Técnica / Gestionária<br><br>Dimensão Individual /Social |

No QAD 2, as narrativas trazem como opção técnica, independente da categoria profissional, apenas a dimensão técnico/gestionária. As falas trazem, na perspectiva de Merhy (1997), questões relacionadas a tecnologias leve-duras, como utilização de protocolos, uso de prontuário eletrônico e tecnologias leves, como o trabalho interprofissional, as parcerias com outras políticas e outros pontos de atenção da RAS. Estes pontos aparecem como importante estratégia técnica, mas pouco saem da 'zona de conforto' do conhecimento técnico dos profissionais tanto no nível individual quanto da equipe de saúde.

Apesar da importância dada ao trabalho em equipe, como a importância do ACS, dos profissionais do NASF, dos visitadores do PIM, etc., cada profissional tem seu papel bem definido, sendo a responsabilidade do 'outro' profissional dar conta de questões como vínculo, prevenção e busca, demonstrando uma fragmentação do trabalho em saúde.

QAD 2 – Opção técnica: por categoria profissional e local de trabalho.

| OPÇÕES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CATEGORIA** | **ENTREVISTADO** | **EXPRESSÕES CHAVE** | **IDEIAS CENTRAIS** | **ANCORAGEM** |
| GESTORES | E3 | "por todo o contexto, a gente consegue **facilitar o atendimento** mesmo fora da cobertura de Estratégia de Saúde da Família quando a gente diz que ele é um paciente do SAE".<br><br>"O PIM eu acho que seria importante (...) **e**las têm gente para trabalhar, vão nas casas, os visitadores, na gestação (...) talvez seria **uma solução para isso, ter chegado antes".** | Facilitar atendimento | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E7 | "tu tem o ACS como o principal responsável **por vigiar** e assim, **trazer a equipe esse controle**".<br><br>"às vezes a gente **precisa de parceria interprofissional** e o NASF tem uma potência forte, com a psicologia, o serviço social." | Controle da equipe<br><br>Parceria inter profissional | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| MÉDICOS HOSPITAL | E2 | "Tu teria que ter um protocolo ou um livro que tu anotasse essas pacientes, **fulana faz uma semana que não apareceu, vamos atrás**." | Busca das pacientes faltosas | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E5 | "Na verdade, a **nossa preocupação** é com relação ao bebê, **se o bebê vai tratar o não".**<br><br>"Do caso assim**... familiar a gente pede as vezes avaliação do serviço social** pra poder acompanhar essa situação família, mas a nossa preocupação é se o bebê tem que tratar ou não!"<br><br>"A gente sempre **acompanha por um protocolo** que a gente tem, uma tabela do Ministério da Saúde". | Preocupação com tratamento criança<br><br>A questão familiar é para o serviço social<br><br>Utilização de protocolo | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| ENFERMEIROS HOSPITAL | E1 | "Se tivesse um rastreamento que pudesse parar isso! Fazer o tratamento, ir atrás da paciente que precisa e não foi. Isso eu acho que falta. **A busca, a busca é importante**". | A busca é importante | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E4 | "Eles (profissionais) não relacionam **o parceiro no tratamento da gestante**". | Tratamento parceiro | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA | E6 | "**Uma equipe multiprofissional**, com apoio de NASF, de PIM (...) **seria completamente diferente o desfecho para a busca**, um possível encaminhamento para o CAPS AD para o companheiro". | Equipe multiprofissional | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E8 | "a gente tem uma equipe dos Agentes Comunitários (...) no caso de não comparecer na consulta **a gente faz uma busca ativa**, isso é a primeira coisa".<br><br>"a gente tem o grupo do NASF que conta com psicóloga , com **uma equipe multidisciplinar que também ajuda bastante".** | Busca ativa<br><br>Importância da equipe multidisciplinar | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E9 | "**buscar vinculação** com ACS, com um técnico, com alguém que conhecesse a família (...) **fazer busca ativa**, visita, alguma maneira de trazer para perto, um grupo de gestante (...)". | Buscar vinculação | Dimensão Técnica/ Gestionária |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA | E11 | "... **no primeiro momento a gente já faria a medicação**, eu não deixaria ela ir embora sem fazer a medicação, até porque se o teste rápido deu reagente e ela já teve toda essa história de sífilis anterior e não tratada".<br><br>"**a gente tenta resolver a maioria das coisas aqui no posto**, às vezes foge da alçada, mas a gente tenta resolver o máximo que a gente pode". | Início de tratamento imediato<br><br>Resolutividade da Atenção Básica | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| VIGILÂNCIA | E10 | "Talvez a gente já tivesse que ter iniciado o tratamento nela antes de encaminhar para o laboratório, **seguindo o protocolo** (Protocolo Ministério da Saúde)". | Seguir protocolos | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| AGENTES COMUNITÁRIOS | E12 | "a gente conhece todos da casa, tem **esse vínculo que é muito importante**, eles acabam tendo confiança em ti, eles abrem tudo para ti, toda a vida, tu fica as vezes horas escutando os problemas deles, choram na nossa frente, eles contam toda a vida deles para a gente". | Vínculo do ACS com as pessoas do território | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E13 | "quando a gente desconfia (da gravidez) a gente já começa a ficar... tu faz visitas bem periódicas (...) às vezes tu faz uma vez na semana, porque daí, no momento que tu tem vínculo com essa família, **que teu vínculo com essa gestante, fica mais fácil** porque ela passa a confiar muito em ti". | Vínculo com ACS | Dimensão Técnica/ Gestionária |

No QAD 3 – 'Limites da situação problema', as falas trazem questões técnica/gestionária como as maiores limitadoras para a resolução do problema, mas também surgem questões relacionadas às dimensões sociais e pessoais. Os gestores trazem nas falas os limites da gestão, como a falta de fluxos entre os níveis de atenção à saúde da RAS, também aparecem nos discursos, as dificuldades financeiras e com recursos humanos enfrentadas no município, sendo estas situações percebidas como algo que ultrapassa a capacidade de gerenciamento do nível local de política de saúde e que não estão sob sua governabilidade direta.

Os profissionais ligados à assistência (médicos, enfermeiros do hospital ou da Atenção Básica) apontam questões relacionadas à gestão, principalmente a falta de articulação da RAS, mas predominam nas falas, as dificuldades pessoais e sociais dos usuários, como por exemplo a falta do pré-natal como um problema cultural ou ainda de desinteresse das gestantes. Na visão da Vigilância, reforça-se a dificuldade de articulação com as equipes de saúde. Já os ACS trazem a questão técnica relacionada a práticas do seu cotidiano, como a busca ativa e captação das gestantes como problema.

QAD 3 – Percepção dos limites da situação problema: por categoria profissional e local de trabalho.

| LIMITES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CATEGORIA** | **ENTREVISTADO** | **EXPRESSÕES CHAVE** | **IDEIAS CENTRAIS** | **ANCORAGEM** |
| GESTORES | E3 | "**Falta** uma questão de **um protocolo de rede,** ter o mesmo protocolo **que dialoga na primária e na secundária**, a primeira coisa acho que um protocolo único de encaminhamento (...) um protocolo de rede... E uma coisa mais importante que falta é assistência social". | A rede não dialoga | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E7 | "a gestão é cobrada porque a gente não amplia a ESF no município, não é por falta de sensibilidade nossa, a gente sabe que é importante e que é o modelo mais resolutivo em saúde, mas como é que faz? **Se não tem recurso humano e financeiro** (...)". | Dificuldades financeiras e de recursos humanos | Dimensão Gestionária/ Política |
| MÉDICOS HOSPITAL | E2 | "Como eu te falei dessa menina que chegou com FM (feto morto) ela também tinha um teste rápido positivo, mas ela não foi fazer exame (...) ela não foi nem mais no pré-natal. Então assim... O problema... **é um problema cultural** né?".<br><br>"a mulher tem uma coisa, que passam para ela, a culpa né...'Bah, será que ele pegou de mim?'. Não, ela não pergunta 'Puxa, peguei desse safado?'. Não, jamais! **Isso aí é a nossa cultura** (...) **a culpa é sempre da mulher, tá introjetado".** | Questão cultural para não realização do pré-natal<br><br>A cultura de culpabilizar a mulher | Dimensão Social |
| | E5 | "ela teria que ter feito o pré-natal, ela foi orientada a fazer (...) mas **eu acho que faltou interesse realmente da mãe, isso ai vai partir dela.**.. de fazer o tratamento, de começar o pré-natal de fazer as ecografias, a gente não tem como buscar a paciente na casa pra vir fazer". | Desinteresse da gestante com o Pré-natal | Dimensão Individual |
| ENFERMEIROS HOSPITAL | E1 | "As Unidades Básicas de Saúde disponibilizam tratamento, o hospital também disponibiliza o tratamento, disponibiliza exames, mas muitas vezes a população não tem interesse em seguir, por desorientação, falta de orientação né e por.... medo". | Falta de interesse por desinformação sobre a doença | Dimensão social |
| | E4 | "a maioria dos problemas de gestantes, são de não gestantes que acabam virando gestas, então tu pegar fora disso, tentar manter todo mundo saldável e se testando periodicamente". | Prevenção na população (fora do período gestacional) | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA | E6 | "É muito **difícil pra equipe de saúde se não tiver um bom embasamento** '*há o paciente não quer, então deixa'*, '*é uma tigra'* ou '*não buscou o tratamento, deixa assim...', azar o dela'*, é muito difícil pra equipe não comprar essa ideia".<br><br>"Para o profissional conversar com o paciente já existe **um tabu que o profissional tem que passar por cima**". | Julgamento de valores dos profissionais com os usuários | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E8 | "teoricamente é **uma paciente que está sozinha** (...) com uma gravidez indesejada, com um diagnóstico de sífilis, sem saber como lidar com um marido, com um companheiro que teoricamente tem indício de agressão".<br><br>**"não adianta só vir aqui na consulta, faz exame, sai com a receita**... É importante fazer o tema de casa (....) **acho que isso anda junto, de mãos dadas com acesso a saúde, acesso a Unidade, enfim... É uma parte bem importante sim...".** | Paciente sem rede de apoio<br><br>Compromisso compartilhado entre usuário e profissionais | Dimensão Individual<br><br>Dimensão Técnica/ Gestionária/ Individual |
| | E9 | "acho que o município até tenta, mas quando é pequeno, médio porte **não consegue dar vazão**".<br><br>"um pouco é a **rede que não funciona muito bem** e questões financeiras e de entendimento, de sensibilização tanto dos profissionais, quanto do gestor, de tu se colocar no lugar, eu não | Dificuldade de gestão<br><br>Rede que não funciona | Dimensão Técnica/ Gestionária |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA | | vou ter uma segunda passagem, eles tem que ir lá".<br><br>"eles tem que ir agendar (exames), sai daqui vamos dizer, já autorizado, mas as vezes ela vai conseguir chegar mesmo de manhã lá e não vai conseguir coletar naquele dia, tem demorado bastante". | Facilitar a realização | |
| | E11 | "o pessoal aqui, as vezes não tem dinheiro nem para a passagem, é uma **comunidade bem carente** (....)".<br><br>" tem aquele que **não vai de jeito nenhum**, que a gente sabe que **não vem nem aqui que é perto**". | Comunidade carente<br><br>Usuário não vai ao serviço de saúde | Dimensão Social<br><br>Dimensão individual |
| VIGILÂNCIA | E10 | "a gente tem **muita dificuldade para se aproximar da Atenção Básica**, a Atenção Básica nos vê como uma pessoa que vai dar mais trabalho para eles, na verdade a gente precisa da informação pra propor medidas e ver o que está acontecendo".<br><br>"Não vou dizer que ninguém sabe que tem que usar camisinha, **todo mundo sabe**, porque a gente fala nisso o tempo todo, mas **mesmo assim as pessoas continuam não usando**". | Dificuldade de articulação dos pontos da Rede<br><br>Apenas informação não muda o comportamento | Dimensão Técnica/ Gestionária<br><br>Dimensão Social |
| AGENTES COMUNITÁRIOS | E12 | "**sem o trabalho do Agente de Saúde fica difícil**, quem é que vai poder ir na casa do paciente? O médico? O enfermeiro? O técnico de enfermagem**? É difícil de tirar eles de dentro do posto, do atendimento deles para irem até lá**!". | | Dimensão Técnica/ Gestionária |
| | E13 | "Pelo que deu para entender essa é uma Unidade normal, **não uma Unidade de Saúde da Família** (...) eu não sei como funciona nas **unidades onde não há Agente de Saúde, como eles fazem**". | UBS sem ACS tem maior dificuldade em vincular pacientes | Dimensão Técnica/ Gestionária |

No QAD 4 – 'Percepção das possibilidades para educação em saúde', as questões técnicas surgem nas falas, estando relacionadas às questões de educação tanto para os profissionais, quanto para os usuários do serviço de saúde e escolas, evidenciando que as possibilidades de incorporar mudanças práticas, não dependem exclusivamente do indivíduo, mas de aspectos, que passam necessariamente ao acesso à informação e escolarização, evidenciando-se uma necessidade de trabalhar educação em saúde com as populações mais vulneráveis.

Os profissionais da saúde percebem sua importância como agentes de educação em saúde, fica explícito as dificuldades dos profissionais em abordarem temas com sexualidade, relacionamentos afetivos e sexuais e as IST, esbarram nos seus preconceitos e nas diferenças culturais e pessoais com os usuários. Dificuldade também aparece na articulação entre serviço de saúde e escola, por dificuldade de articulação com os educadores, mesmo que o trabalho com adolescentes seja considerado importante.

QAD 4 – Percepção das possibilidades pela educação em saúde: por categoria profissional e local de trabalho.

| PERCEPÇÕES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CATEGORIA** | **ENTREVISTADO** | **EXPRESSÕES CHAVE** | **IDEIAS CENTRAIS** | **ANCORAGEM** |
| GESTORES | E3 | "é aí que é o grande problema. É **falta de formação** (...). Acho que educação em saúde, tanto **para que é usuário**, quanto para o **profissional é fundamenta**l".<br><br>"estas questões **não estão inseridas na rotina da sala de aula** né. O que é a **educação em saúde no conteúdo programático de educação** primária lá, nível fundamental".<br><br>"A **educação em saúde dá o empoderamento ao profissional**, pra ele se sentir empoderado de olhar sobre aquilo, esse que é o caminho".<br><br>"(...) eles tem a ideia de que eles **tem todo o conhecimento suficiente...** Que **não é necessário se informar**". | Falta de formação em saúde<br><br>A escola não faz educação em saúde<br><br>Educação em saúde empodera os profissionais<br><br>Os profissionais não acham necessário se atualizar | Dimensão Técnica<br><br>Dimensão Técnica/ Pedagógica |
| | E7 | "a parceria de saúde com a escola, não é ir na escola dar **palestrinha** sobre DST, a gente sabe que **isso não funciona**, mas minimamente trabalhar com essa população (estudantes) a questão de autocuidado, a questão de protagonismo juvenil".<br><br>"tem que começar na base e sempre focar em ter uma referência, um vínculo muito forte **da equipe com a escola, uma coisa que a gente precisa trabalhar mais**". | Necessidade de inovar na educação em saúde<br><br>Falta um trabalho entre equipe de saúde e escola | Dimensão Pedagógica<br><br>Dimensão Técnica/ Gestionária |
| MÉDICOS HOSPITAL | E2 | "Eu acho que para os profissionais (...) não digo tratamento, porque tratamento é fácil, todo mundo sabe fazer, eu digo para **conseguir lidar com essa situação toda".**<br><br>"a mulher é mais fácil, o homem já é mais complicado, então eu acho que tem que **ter alguém que saiba lidar mais ou menos com isso**". | Falta de conhecimento que extrapola o biomédico | Dimensão Pedagógica |
| | E5 | "Eu não sei se ela sabe dos riscos que tem a sífilis para o bebê dela. De repente **ela não sabe**. Acho que se ela soubesse de algumas coisas, isso ajudaria, de repente ela faria o tratamento". | Desconhecimento sobre a doença | Dimensão Pedagógica |
| ENFERMEIROS HOSPITAL | E1 | "a população é ainda **muito leiga** nessa parte".<br>"às vezes **não entendem quando a gente fala**". | Profissionais não falam a linguagem da população | Dimensão Técnica/ Pedagógica |
| | E4 | "**os profissionais não estão preparados para lidar com assuntos** assim, que são mais sensíveis, são assuntos que tu vai envolver a **sexualidade das pessoas**".<br><br>"as pessoas (profissionais) **não estão preparadas**, elas não abordam, elas tem medo, elas tem receio e daí não tratam o parceiro, não fazem os tratamentos adequados, não levam à importância real que deveriam levar". | Dificuldade dos profissionais em abordar questões relacionadas a sexualidade | Dimensão Técnica/ Pedagógica |
| | E6 | "**é muito difícil pra equipe de saúde se não tiver um bom embasamento** (...) no sentido de **acolhimento das pessoas**, de ter um preparo psicológico".<br><br>"Eu acho que **a educação da equipe** é mais importante do que a educação do usuário".<br><br>"Tu cria um ciclo vicioso e as coisas funcionam porque deveriam funcionar assim e tu cria um ciclo vicioso e tu perde a noção de **que tu é um agente, que tu pode quebrar este ciclo".** | A equipe precisa estar preparada para acolher os usuários<br>Educação para equipes é importante<br>O profissional é um agente de mudança | Dimensão Técnica/ Gestionária |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA | E8 | "**Informação é uma coisa bem importante dos pacientes terem**, não só na Unidade Básica, mas também em outros serviços, seja via Agente de Saúde, seja em outras circunstâncias".<br><br>**"**se eles são devidamente informados, se é explicado, o que que ele têm, o que pode acontecer se ele não tomar o remédio, tu **trazer o paciente pro tratamento** e não ser uma coisa só de ele vir aqui na consulta e sai com uma receita**, mas tem que fazer ele participar** realmente". | Informação para os usuários<br><br>Informação para adesão do tratamento | Dimensão Pedagógica |
| ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA | E9 | "aqui tem casais de mulheres e como falar de camisinha feminina? Vai ter que olhar os vídeos na internet, **porque é uma coisa que te falta,** eu tava falando para ela e imaginando, **eu não faço isso, como eu vou explicar que isso é tranquilo**, que isso protege, que tem que usar".<br><br>"eu tenho que me apropriar desse conhecimento, independente do que eu acredite, ou do que eu ache**. Eu sou a profissional que ta ali... Eu vou ter que saber, porque que eu vou explicar**.<br>"**Eu tenho que ver qual é a necessidade da pessoa, não precisa que eu dê uma lição de moral nela".** | Superação dos preconceitos pelos profissionais<br><br>Superação dos preconceitos pelos profissionais | Dimensão Pedagógica |
| | E11 | "Mas a **educação continuada** nunca vai ser demais, nos espaços de reunião de equipe a **gente sempre consegue fazer**, nem que seja rápido".<br><br>"tem umas reuniões que participam o pessoal da educação e eles pediram se a gente poderia trabalhar sobre sexualidade. Só que **tem escolas que é muito difícil de entrar**". | Importância de um espaço de educação para as equipes<br>Dificuldade de trabalhar a temática de sexualidade nas escolas | Dimensão Gestionária/ Pedagógica<br><br>Dimensão Gestionária |
| VIGILÂNCIA | E10 | "as pessoas que tem contato com a sífilis ou que se descobrem com sífilis, muito vezes **não sabem nem o que que é, e não sabem o que poderão ter prevenido**".<br><br>"**a gente fala isso para os profissionais** o tempo todo, só que daí, quando tu vai pegar uma notificação de sífilis, não iniciou tratamento, encaminhou para VDRL, mas porque né?". | Desconhecimento das pessoas sobre a doença<br><br>Orientação não é suficiente para mudança | Dimensão Social<br><br>Dimensão Técnica |
| AGENTES COMUNITÁRIOS | E12 | "Tinha que ser trabalhado essa questão, porque **com essa informação eles poderiam evitar que isso tivesse acontecido**". | Informação para prevenção | Dimensão Pedagógica |
| | E13 | "Às vezes, só aquela **informação jogada pra eles, eles não captam como deveriam,** eles não entendem, as vezes eles não sabem nem o que que é, 'deu positivo para sífilis, mas o que que é sífilis'?".<br><br>"**Nem todo mundo sabe o que que é**. 'Mas como é que eu peguei isso? Foi sentando no vaso? Foi usando a mesma toalha'?".<br><br>"É um trabalho de formiguinha assim, tu planta a sementinha hoje**, tu vai colher nas gerações futuras**, por isso que eu acho da importância de tu pegar precocemente nas escolas".<br><br>"Tem muito disso assim, tem coisas bem pequenas que a gente acha que não, mas **as pessoas não sabem**, quanto menor o grau de instrução das famílias, mais complicado". | Desconhecimento das pessoas sobre a doença<br><br>A educação é um trabalho de longo prazo<br><br>Pessoas com menos instrução tem menos conhecimento | Dimensão Pedagógica<br><br>Dimensão Social |

## Reflexão sobre os resultados

Os profissionais da saúde (independente da categoria), relacionarem a causa do problema, ora ao sistema de saúde, ora ao usuário, mas não fazem a relação com a incapacidade deste sistema em articular políticas públicas que possam dar conta das dificuldades vivenciadas por um segmento

da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social. Mesmo quando a questão social aparece, pouco se relaciona a aspectos importantes da dimensão social, como por exemplo, as ferramentas que estes indivíduos dispõem para enfrentar o problema, ficando as falas muito restritas ao âmbito do indivíduo, do pessoal.

Há um silêncio no que se refere a necessidade de uma educação permanente dos quadros técnicos (dimensão técnica), de educação social para as populações em maior vulnerabilidade (dimensão política). Não há referência a questões relacionadas a falta de autonomia e cuidado de si (dimensão individual), além da ausência de uma perspectiva de atuação mais integral (dimensão pedagógica). Demonstrando que a educação não faz parte do cotidiano dos profissionais da saúde, ou pelo menos não tem uma importância significativa nas suas práticas cotidiana.

Os entrevistados relatam a importância do trabalho em equipe, porém pouco se avançou nas práticas, visto que cada profissional tem sua função específica, reforçando a fragmentação do trabalho, tão enraizada na formação dos profissionais da saúde, sendo a responsabilidade do "outro" profissional dar conta de questões como vínculo, prevenção e busca.

As falas trazem as questões técnica, de gestão, individual, cultural e política como limitadoras para a resolução do problema, ficando evidente a complexidade relacionada ao cuidado em saúde, especificamente no caso de uma IST, como a sífilis. Apesar de serem citados como importantes, não bastam aparatos tecnológicos, nem protocolos, há necessidade de investimentos em políticas sociais e de saúde, equipes preparadas não apenas para o diagnóstico e tratamento da infecção, mas também preparados para lidarem com questões relacionadas a sexualidade e as diferenças culturais das pessoas.

Quando se fala em autonomia e cuidado de si, observa-se uma superficialidade nos discursos, tendo como causa o desinteresse dos indivíduos ou por questões relacionadas a sua cultura. Esbarram em questões que não se restringem a capacidade de resolução dos profissionais da saúde isoladamente, demonstrando a necessidade de outros parceiros que possam contribuir com ferramentas para tornarem as pessoas mais autônomas e com maior capacidade de autocuidado, buscando assim a integralidade. Percebe-se a necessidade de abordar questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde no cotidiano dos profissionais e gestores, bem como articular com outras políticas sociais, movimentos sociais e parceiros que possam contribuir no fomento de ações que possam direta ou indiretamente promover medidas que melhorem as condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego, entre outros para a população, fatores que influenciam no processo saúde-doença.

O tema educação não surge espontaneamente nas falas, aparece apenas quando os entrevistados são questionados sobre as possibilidades pela educação em saúde. A partir do questionamento, a educação surge nos discursos trazendo sua importância para a saúde, e o papel dos

profissionais da saúde como agentes de educação. Observa-se a dificuldade dos profissionais em abordar temas que envolvem a sexualidade, pois mexe com tabus, questões pessoais e íntimas dos profissionais, ou seja, é preciso enfrentar os seus próprios preconceitos, e estes, não se sentem preparados, nem pela formação acadêmica e tão pouco pelos espaços de educação permanente dos quais participam. Quando se pensa em incluir a temática IST no cotidiano das escolas, as dificuldades ainda são maiores, pois os profissionais da saúde encontram pouco espaço para diálogo com os professores, que também não estão preparados para abordarem estes temas, reduzindo ainda mais as possibilidades de trabalhar com os adolescentes aspectos importantes de autonomia e autocuidado.

**Considerações finais**

Este estudo mostrou que são necessárias estratégias de educação em saúde que contemplem a temática das IST, em especial a sífilis em gestante e congênita, que sejam trabalhadas transversalmente entre as políticas de saúde, considerando às populações mais vulneráveis e suas diversidades, contemplando questões que ultrapassem os limites do conhecimento biomédico, como, por exemplo, questões relacionadas à sexualidade, relacionamentos, violência, entre outros. Nesse contexto, é essencial que haja o fortalecimento do diálogo entre os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, incluindo toda a rede do município, para que um ponto de atenção à saúde conheça o trabalho do outro e assim, construir coletivamente as estratégias para qualificar suas ações como profissional, como equipe e como Rede de Atenção à Saúde.

Os profissionais têm uma atuação pedagógica com a população, principalmente as em maior vulnerabilidade, podendo auxiliar os indivíduos nos seus processos individuais de mudança, para que estes tenham condições de buscar maior autonomia e responsabilidade pelo seu cuidado.

A educação tem uma função estratégica dentro da construção de uma proposta de política pública de saúde, apesar de ser imprescindível a revisão e o questionamento das suas práticas operacionais, pois são instrumento de materialização de uma política de saúde mais ampla.

Há necessidade de estratégias conjuntas para a construção de propostas que promovam a educação em saúde nas escolas, estimulando a discussão e a reflexão sobre as vulnerabilidades individuais e sociais dos adolescentes, sexualidade, questões de gênero e informações sobre a transmissão e prevenção de IST, HIV e Aids.

Além de conhecer o agente etiológico da doença e como ele age, é preciso compreender que uma IST está relacionada a questões sociais e individuais, envolvendo preconceito e julgamento de valores. Não pode se deixar de considerar que além da rede de saúde é preciso considerar fatores sociais, individuais e políticos como por exemplo: acesso da população a educação, cultura, emprego e renda para se fazer uma análise da realidade local, estas questões podem ser aprofundadas com outros estudos futuros.

## Referências


BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2012. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=13/06/2013>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico:** sífilis, Brasília, v. 47, Ano V, n. 47, 2016a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis em municípios brasileiros.** Brasília, jun. 2016b. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 01 out. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-517, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76592>. Acesso em: 30 set. 2018.

MAINGUENEAU, D. **Discurso e análise do discurso**. São Paulo: Parábola Editorial, 2015. p. 192.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 30 set. 2018.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 113-150.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congénita:** fundamento lógico e estratégia para acção. Geneva: OMS, 2008, 38p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n. 143**, de 24 de março de 2014. Institui repasse financeiro para 55 municípios e Estado nos termos Portaria GM/MS n. 3276, de 26 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170200/23110019-1443451088-cibr143-14.pdf> Acesso em: 30 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico Sífilis 2016:** Edição Especial, out. 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/21122217-6-2-informe-sifilis.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. p. 112.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e método. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

# Pesquisas

## ATIVIDADE DE ENSINO INTEGRADORA DOS CURSOS DA SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL: SIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA

## INTEGRATIVE LEARNING ACTIVITY FROM HEALTH COURSE IN FEDERAL UNIVERSITY OF RIO GRANDE DO SUL: GIVING MEANING TO THE EXPERIENCE

## ACTIVIDAD DE ENSEÑANZA INTEGRADORA DE LOS CURSOS DE LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL: SIGNIFICANDO LA EXPERIENCIA

Silvia Regina Guimarães de Medeiros[1]

Alzira Maria Baptista Lewgoy[2]

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[3]

**Resumo**

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) iniciou, em 2012, a atividade de ensino (disciplina) integradora compartilhada entre os cursos de graduação da área da saúde. A disciplina acontece em cenários de prática da Atenção Primária à Saúde e tem como dispositivo pedagógico o estudo do território. Esta pesquisa analisou a experiência da atividade de ensino integradora da UFRGS, buscando a compreensão de seus sentidos para a educação de profissionais da saúde. Foi realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, cujo campo de investigação é a atividade de ensino integradora. A produção de dados envolveu a análise do plano de ensino da disciplina e dos portfólios construídos pelos estudantes de um dos grupos de tutoria, de 2012 a 2016. A análise do material textual utilizou a técnica da análise de conteúdo temática na perspectiva de Bardin. Três categorias emergiram do material textual analisado: as vivências no território; o aprendizado junto às Agentes Comunitárias de Saúde; o aprender juntos a trabalhar juntos e os ganhos para a formação a partir de uma disciplina integradora. Competências colaborativas voltadas especialmente à clareza dos papeis e responsabilidades entre diferentes profissões e respeito às responsabilidades e competências de cada profissão marcaram as narrativas dos estudantes. O desafio da proposta está na possibilidade do avanço nas atividades interprofissionais em saúde realizadas por esse grupo, de modo que ultrapassem a descrição da observação do território. Atividades de ensino curriculares na graduação que incluam os princípios da educação interprofissional devem ser estimuladas na formação dos profissionais da saúde.

**Palavras-chave**: Educação. Relações interprofissionais. Comunicação interdisciplinar. Atenção Primária à Saúde.

[1] Psicóloga. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: silvia-g-medeiros@hotmail.com

[2] Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alzira.lewgoy@ufrgs.br

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

**Abstract**
In 2012, the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) started integrative teaching activity (discipline) shared among undergraduate courses in the health area. The discipline takes place in scenarios of Primary Health Care and has as pedagogical device the study of the territory. This research analyzed the experience of the integrative teaching activity from UFRGS, seeking the understanding of its meanings for the education of health professionals. An exploratory study was carried out, with a qualitative approach, whose field of research is the integrative teaching activity. The production of data involved analysis of the teaching plan from discipline and the portfolios constructed by the students of one of the tutorial groups, from 2012 to 2016. The analysis of the textual material used the technique of thematic content analysis from Bardin's perspective. Three main categories emerged from the textual material analyzed: the experiences in the territory; learning with Community Health Agents; learning with one another to work together and the gains of training from an integrative discipline. Collaborative skills focused especially on the clarity of roles and responsibilities between different professions and respect for the responsibilities and competencies of each profession marked the students' narratives. The challenge of the proposal is the possibility of advancing the interprofessional activities in health carried out by this multiprofessional group, so that they exceed the observation of the territory. Curricular teaching activities that include the principles of interprofessional education should be encouraged in the training of health professionals.
**Keywords:** Education. Interprofessional relations. Interdisciplinary communication. Primary Health Care.

**Resumen**
La Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) inició, en 2012, la actividad de enseñanza (disciplina) integradora compartida entre los cursos de graduación del área de la salud. La disciplina ocurre en escenarios de práctica de la Atención Primaria a la Salud y tiene como dispositivo pedagógico el estudio del territorio. Esta investigación analizó la experiencia de la actividad de enseñanza integradora de la UFRGS, buscando la comprensión de sus sentidos para la educación de profesionales de la salud. Se realizó un estudio exploratorio, de abordaje cualitativo, cuyo campo de investigación es la actividad de enseñanza integradora. La producción de datos involucró el análisis del plan de enseñanza de la disciplina y de los portafolios construidos por los estudiantes de uno de los grupos de tutoría, de 2012 a 2016. El análisis del material textual utilizó la técnica del análisis de contenido temático en la perspectiva de Bardin. Tres categorías surgieron del material textual analizado: las vivencias en el territorio; el aprendizaje junto a los Agentes Comunitarios de Salud; el aprender juntos a trabajar juntos y las ganancias para la formación a partir de una disciplina integradora. Las competencias colaborativas dirigidas especialmente a la claridad de los papeles y responsabilidades entre diferentes profesiones y respeto a las responsabilidades y competencias de cada profesión marcaron las narrativas de los estudiantes. El desafío de la propuesta está en la posibilidad del avance en las actividades interprofesionales en salud realizadas por ese grupo, de modo que sobrepasen la descripción de la observación del territorio. Las actividades de enseñanza curricular en la graduación que incluyan los principios de la educación interprofesional deben ser estimuladas en la formación de los profesionales de la salud.
**Palabras clave:** Educación. Relaciones interprofesionales. Comunicación interdisciplinaria. Atención Primaria a la Salud.

## Introdução

A experiência não vem de se ter vivido muito,
mas de se ter refletido intensamente sobre o que se fez
e sobre as coisas que aconteceram.
Danilo Gandin (1997)

A Constituição Federal do Brasil de 1988 apresenta o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública nacional com gestão descentralizada, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Sua organização tem se focado na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada desse sistema (BRASIL, 2012).

A APS constitui-se uma rede de ações para o enfrentamento do complexo cenário contemporâneo das necessidades de cuidado à saúde, buscando acabar com a fragmentação do cuidado que enfraquece o SUS (OPAS, 2011). A Saúde da Família, nesse contexto, é entendida como uma estratégia estruturante do SUS de reorganização do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, por meio de um sistema de referência e contrarreferência (GARUZI et al., 2014).

Um dos dispositivos que vem se articulando à nova visão do funcionamento do SUS no sentido de melhorar a sua atuação, gerando novas práticas pela educação permanente dos estudantes, técnicos e trabalhadores da saúde no País, tem sido a integração ensino-serviço-comunidade (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013), com a possibilidade da formação de estudantes de graduação em saúde junto aos serviços e profissionais do SUS. É uma perspectiva de formação que valoriza o 'trabalho em equipe', buscando a superação do modelo tradicional de educação uniprofissional e estritamente biomédico, trazendo à luz a perspectiva de um SUS interprofissional, a necessidade do trabalho colaborativo em saúde e da Educação Interprofissional (EIP) (PEDUZZI, 2016).

A EIP nos remete ao trabalho colaborativo e cuidado efetivo em saúde. Ocorre quando estudantes de diferentes profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento ao usuário (BARR; LOW, 2013). Quando integrada ao modelo de educação dos profissionais da saúde desde a graduação, a EIP é reconhecida como promotora do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa por meio das vivências de aprendizagem interativas (BATISTA; BATISTA, 2016).

A EIP experenciada nos serviços de saúde traz a possibilidade de o estudante, na graduação, entrar em contato com uma equipe multiprofissional comprometida com a integralidade do cuidado, mas mantendo os conhecimentos específicos de cada área. Esses conhecimentos, quando integrados, é que produzirão um novo conhecimento (BATISTA; BATISTA, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016).

Diante da importância da EIP para a resolutividade em saúde, o objetivo da presente pesquisa foi analisar a experiência na atividade de ensino integradora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em cenário de prática da Atenção Primária à Saúde (APS), buscando a compreensão de seus sentidos para a educação de profissionais da saúde. E, nesse sentido, Gandin nos inspira para analisar como pesquisadoras, a experiência vivida e refletida intensamente sobre o que se fez.

**Metodologia**

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, cujo campo de investigação é a atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I (PIS I), iniciada em 2012 como proposta de disciplina integradora compartilhada entre diferentes cursos de graduação da UFRGS. A PIS I tem como objetivo analisar os territórios sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais e de serviços

de saúde existentes no cenário da prática da APS. A atividade oportuniza aos estudantes de diferentes áreas da saúde uma vivência de trabalho em equipe junto a professores tutores, profissionais da saúde e comunidade.

A PIS I organiza-se em momentos teóricos com todo o grupo, e em momentos de tutoria na prática em grupo de dois professores e oito estudantes de diferentes cursos da saúde. Os alunos reconhecem o território e sua comunidade, além de acompanhar a rotina de trabalho junto aos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A avaliação dos alunos na disciplina é contínua e processual. Os alunos são avaliados na construção e a partir da entrega de produto gerado a partir de trabalhos em equipe integradora e colaborativa. Os portfólios são instrumentos de acompanhamento da construção do trabalho do aluno, sob a orientação do professor tutor (UFRGS, 2017).

O tutor é considerado um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno. Na disciplina, a tutoria é feita pelo professor, caracterizando-se como momentos de acompanhamento semanal junto ao aluno por meio da aprendizagem da escuta do outro, do diálogo durante as atividades desenvolvidas no território, na leitura e devolução de diários de campo, portfólios e relatórios.

A coleta de dados envolveu a análise do plano de ensino e dos portfólios construídos pelos estudantes de um dos grupos de tutoria da atividade de ensino, turmas de 2012 a 2016 (análise documental). Foram selecionados portfólios de estudantes de cada um dos cursos de graduação que participaram da atividade de ensino no grupo de tutoria estudado (Enfermagem, Serviço Social, Saúde Coletiva, Odontologia, Políticas Públicas, Medicina, Biomedicina, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Educação Física, Ciências Biológicas e Farmácia). Assim, 15 portfólios foram analisados.

A análise do material textual utilizou a técnica da análise de conteúdo temática. As fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos principais: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Parecer 1.868.125/ CAAE 52635616.2.0000.5347).

**Resultados**

Os resultados estão apresentados em três categorias emergentes: a primeira refere-se às vivências no território; a segunda, ao aprendizado junto às Agentes Comunitárias de Saúde; e a terceira é sobre o aprender juntos a trabalhar juntos e os ganhos para a formação a partir de uma disciplina integradora.

Vivências no território: experiência que produz novos conhecimentos, surpresas, estranhamentos e amplia possibilidades de pensar a saúde

Um dos pilares pedagógicos da disciplina integradora é o estudo do território. As narrativas dos estudantes em relação ao território, durante a vivência na disciplina integradora, demonstraram seu entendimento da diversidade do território como espaço geográfico definido, marcado por avenidas, ruas, casas, casebres, corredores, becos, muros, carros, condomínios, mas não desvinculado do modo de viver das pessoas que ali residem. Destaca-se, nesses relatos, a perspectiva do 'ver' e do 'sentir' esse território.

> [...] Iniciamos nosso reconhecimento do território entrando em uma pequena ruazinha. Aparentemente era um corredor. Na microárea pude perceber uma diversidade enorme de maneiras de habitar um território: de um lado existiam casas instaladas em corredores e becos [...], muitos cachorros, sujeira e fezes de cachorro pelo chão. Já no outro lado da avenida existiam casas grandes, arrumadas, com carros na garagem, condomínios bons. (Estudante 1 – Políticas Públicas)

> Os espaços geográficos com maior densidade populacional também eram os espaços com maior quantidade de lixo nas ruas, pessoas com bolsas de auxílio do governo e com maior vulnerabilidade. (Estudante 3 – Biomedicina)

Nessa experiência, os equipamentos sociais que compõem cada microárea são identificados e as análises relacionais começam a ser estabelecidas envolvendo hábitos de vida das pessoas que ali moram.

> Visualizamos os equipamentos sociais como Brechó, Xis, Mercadinho (que incrivelmente vendia "frutas e verduras", o que nos deixou animados, pois é mais comum ver lancherias e embalagens de refrigerantes e salgadinhos e outras *junk foods* jogadas pelo chão, caracterizando os maus hábitos alimentares, que são comuns não só em regiões de vulnerabilidade, mas em todo o globo). (Estudante 4 – Ciências Biológicas)

Situações observadas no cotidiano da vida no território expressaram marcas dessa (con)vivência que produzem surpresas, estranhamentos e novas possibilidades de pensar a saúde.

> Nesse dia observamos um fato incrível na serralheria: uma pessoa, aparentemente em situação de rua, consertando seu carrinho de supermercado para mover o que é seu. Também havia uma casa em frente ao córrego delimitada por telhas de metal que serviam como muros; o que estava como delimitador era para estar no teto: a telha. Em um determinado local, na rua da moradora cuja casa tinha as ameixas, observamos umas pedras no caminho. Contou-me que era para dificultar o acesso da polícia e de indesejados. Nunca tinha visto isso. Na saída, voltamos pela mesma rua por que viemos, no entanto passamos por uma cena bastante chocante: um policial com a arma em punhos, nervoso, passando por todas as crianças que estavam voltando da escola, e entrou onde estávamos. Estava sozinho. Achei muito estranho... (Estudante 1 – Políticas Públicas)

> Realidades construídas em locais sem estrutura, vidas acostumadas com uma vivência que para nós é praticamente impossível ou desumana. Condições de vida chocantes que causam

> um impacto inicial muito grande, por mais que eu já tenha conhecimento e uma vivência em trabalhos em localidades carentes. (Estudante 9 – Nutrição)

Ao (re)conhecerem o território, os estudantes estabelecem contato com as pessoas que ali vivem, seus hábitos, e compreendem a dinâmica viva do processo saúde-doença nesse território.

> Durante a caminhada, paramos para conversar com alguns moradores que estavam sentados na rua tomando chimarrão. Um dos senhores contou que o médico havia o proibido de tomar mate por causa da "pressão", mas que em hipótese alguma ele deixaria de tomar e que, em sua opinião, isso não influenciaria em sua saúde. (Estudante 6 – Farmácia)

> Percebi que o território é vivo, que os seres que atuam numa determinada região é que fazem ele ativo, pulsante e em transformação. (Estudante 7 – Fisioterapia)

Para além das descrições e análises do que vivenciam no território, os estudantes vão constituindo um olhar do próprio núcleo profissional, reconhecendo como poderia ser sua atuação nesse território estudado. É o que expressa o relato da estudante de Medicina Veterinária:

> [...] Demos início à territorialização andando por ruas de chão batido, com muitos escombros e lixo, e junto a essa sujeira, cães e gatos, alguns bem magros, com problemas de pele, parasitas – o que, cada vez mais, me faz perceber que a presença de um médico veterinário é muito importante também nessas áreas de maior vulnerabilidade social, com um papel de conscientização e orientação dos moradores, pois esses animais são potenciais reservatórios de zoonoses, assim como os ratos que estão em contato com o lixo espalhado. (Estudante 2 – Medicina Veterinária)

A reflexão sobre a experiência vivida no grupo de tutoria constitui-se um exercício diário na disciplina integradora. Ao observar e questionar, os estudantes ampliam seus conceitos e a própria observação individual, uma vez que há diferentes perspectivas e pontos de vista nesse grupo multiprofissional.

Aprendendo com as agentes comunitárias de saúde (ACS): encontros de (con) vivências e vínculos

O grupo de estudantes e professores de diferentes núcleos profissionais que integram a disciplina integradora conhecem o território acompanhados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); vivenciam, em ato, sua atuação junto a essa população e como organizam seu processo de trabalho.

> [...] realizamos o reconhecimento do território, especificamente de uma microárea. Fomos acompanhados pela ACS. Iniciamos nosso itinerário na rua. [...] ACS nos conta que aquela microárea possui uma alta rotatividade de famílias. Sempre está abrindo novos prontuários e lida com o seu número de usuários um dia de cada vez, devido ao constante movimento de famílias e aluguéis daquela região. É uma população instável [...]. (Estudante 1 – Políticas Públicas)

Para estudantes e professores, trata-se de uma construção de percepção sobre o território que se constitui junto à ACS. Por ser ela o membro da equipe que faz parte da comunidade e que acompanha, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, estando em contato permanente com as famílias, a ACS estabelece vínculos mais facilmente, aproximando as pessoas moradoras do território da equipe de saúde. Como profissionais da saúde e moradoras do mesmo território, as ACS conhecem suas histórias e necessidades, atuando como mediadoras sociais e culturais entre as pessoas usuárias do serviço de saúde e os profissionais responsáveis por seu cuidado.

> [...] a participação direta das agentes comunitárias é de grande importância [...], visto que são as pessoas mais próximas da comunidade e que trabalham diariamente promovendo saúde. (Estudante 6 – Farmácia)

Nesse processo de cuidado, assuntos como gravidez na adolescência e orientação sexual foram destacados nas rotinas de prevenção das ACS nesse território.

> Um dos assuntos que surgiu foi sobre a gravidez na adolescência, tema polêmico e que sempre traz à tona a discussão entre os variados métodos contraceptivos e a irresponsabilidade dos jovens. A ACS relata que a equipe faz atividades voltadas a esse assunto com os adolescentes da comunidade. (Estudante 11 – Psicologia)

É uma relação de trabalho que se estabelece a partir da conversa, escuta, vínculo e confiança com essas pessoas. Esse vínculo pode ser percebido pelo modo com as microáreas foram se constituindo, sendo definidas não exclusivamente por uma delimitação geográfica, territorial, mas também por um "caminho afetivo" e "humanizado" com as pessoas moradoras do território. Os estudantes mostram surpresa diante do envolvimento das ACS com as famílias do território e com o papel fundamental que exercem na Estratégia de Saúde da Família.

> As ACS fazem um trabalho de conversa e ouvem a população local. [...] elas têm uma relação de acompanhamento e vínculo com a comunidade, declaram que há necessidade de se estabelecer confiança para haver aceitação por parte do morador, tem que ter uma proximidade e planejamento para efetuar uma visita, explicar como funciona o trabalho, insistir e conversar muito para que sejam bem atendidas, e tudo é a partir da confiança. Elas escutam, orientam e controlam a medicação de idosos, que por vezes tomam medicamentos vencidos. (Estudante 12 – Saúde Coletiva)

> [...] não imaginava o grande envolvimento que há por parte dos ACS e das equipes da unidade no sentido de promover uma logística mais eficaz para o atendimento. É o trabalho deles e delas, e todos recebem para isso. Mas é preciso ter grandeza de espírito para cuidar da saúde de outrem, para lidar com o sofrimento e a morte, a dor e o desespero. E, a despeito de tudo isso, pensar em prevenção, em atitudes simples que promovem a saúde e previnem doenças. (Estudante 8 – Medicina)

Nessa configuração pedagógica de (re)conhecimento do território acompanhado pelas ACS, os estudantes sentem-se acolhidos por essa equipe de saúde, de modo especial pelas ACS, marcando uma convivência caracterizada por escuta, diálogo e reflexão, características presentes nas atividades no decorrer da disciplina integradora.

Aprendendo juntos a trabalhar juntos: ganhos para a formação a partir de uma disciplina integradora

Ao final do percurso, os estudantes expressam os ganhos para sua formação a partir da vivência multiprofissional no território de uma Unidade de Saúde da Família, por meio da ampliação do olhar do profissional da saúde para além do paciente, da quebra de paradigmas sobre como vivem as pessoas nesses territórios, do conhecimento sobre o sistema de saúde, sobre o trabalho cotidiano de uma equipe de Saúde da Família, despertando o sentimento de 'humanidade'.

> A possibilidade de conhecer o território, as moradias e até mesmo o indivíduo que busca a atenção básica, me faz pensar que quero levar essas percepções comigo, para que, enquanto profissional possa compreender o paciente como o todo, não pensando apenas na patologia, mas em tudo que o afeta de forma positiva e negativa. A disciplina influenciou para que aflorasse o sentimento de humanidade. A possibilidade de praticar a interdisciplinaridade, com suas dificuldades e trocas de conhecimentos foi um exercício bem interessante. (Estudante 15 – Fonoaudiologia)

A contribuição de cada profissão no trabalho em equipe e a escuta aos colegas de outros núcleos profissionais, que mostram diferentes posicionamentos, destacam-se nos relatos dos estudantes que experienciam a disciplina integradora. Esta foi relatada por diferentes estudantes como sendo a única atividade de ensino do curso que envolve diferentes profissões da saúde.

> Ouvi o ponto de vista da Nutrição, que questionou a absorção de nutrientes dos alimentos, a contaminação através da água imprópria para ingerir; a odontologia entendeu que muitas vezes não é possível educar sem saber a que realidade o nosso paciente está exposto, se tem creme dental, escova de dente, ou água encanada para realizar a higiene pessoal. Acho que a disciplina proporcionar esses diferentes olhares ao acadêmico é o que, sim, pode nos preparar como diferentes profissionais, aptos a trabalhar em equipe visando à melhor forma de assistir à população para a qual prestamos o serviço. A atividade de inserção na comunidade permitiu que pudéssemos dividir diferentes olhares, unindo as observações individuais para a construção coletiva da saúde, num mesmo espaço. (Estudante 14 – Enfermagem)

> A troca de conhecimentos foi muito significativa e, embora todas as áreas da saúde intervenham junto às pessoas, cada qual possui um objeto mais específico. Este intercâmbio de conhecimentos ocorreu informalmente na maioria das vezes, ao ouvir a fala dos colegas e das professoras e perceber o quão aquela informação agrega para minha formação ou simplesmente para minha vida pessoal. (Estudante 13 – Serviço Social)

Nesse processo de troca pela convivência, a oportunidade do observar e também vivenciar o trabalho em equipe foi destacada pelos estudantes.

> [...] tudo isso configura a essência de um trabalho em equipe, tal como deve ser na saúde: um grupo de profissionais de diversas áreas, cada um atuando especificamente no seu âmbito, mas sendo um alicerce para os seus colegas. (Estudante 6 – Farmácia)

A interação com as pessoas da comunidade, a observação e a convivência com os trabalhadores da equipe multiprofissional permitem ressignificar a teoria já aprendida na universidade sobre a Atenção Básica, exercitando um olhar mais crítico e reflexivo por parte dos estudantes.

> Esta experiência foi fundamental de modo a ressignificar todo o aprendizado que eu já havia conquistado – teoricamente – sobre a Atenção Básica à Saúde (ABS). Digo isto pois, mesmo em dois anos de contato com uma disciplina da graduação, eu somente recebia os relatos dos estudantes sobre os territórios em que interagiam. Eu, especificamente, ainda não tinha sentido na pele como era interagir com as pessoas da comunidade, com os trabalhadores e em equipe multiprofissional. (Estudante 5 – Educação Física)

> [...] não que a realidade não seja retratada naquilo que estudamos, mas, com a vivência, o diálogo e a observação, pude exercitar um olhar mais crítico e reflexivo. (Estudante 13 – Serviço Social)

Ainda, a experiência na disciplina foi potente para firmar ou definir possíveis escolhas profissionais pela saúde coletiva após a graduação.

> Uma pena que acabou. Essa foi uma das melhores cadeiras que tive até o momento na universidade [...] cada dia que passei aprendendo, vivenciando, observando foi aproveitado. Certamente a saúde coletiva é uma de minhas escolhas de carreira, e a disciplina veio para firmar ainda mais esse pensamento. (Estudante 10 – Odontologia)

O desafio da proposta, na perspectiva dos estudantes, está na possibilidade do avanço nas atividades interprofissionais em saúde realizadas por esse grupo multiprofissional, de modo que ultrapassem a observação do território.

> A proposta levantada no penúltimo encontro na ESF, em que os alunos poderão se inserir nas atividades da unidade, como no caso das atividades na escola, acredito que somente tem a agregar para a equipe, estudantes e professores. Lastimo que não tenhamos tido esta oportunidade, mas compreendo que a disciplina vai se aperfeiçoar a partir dos acertos, erros, avaliações e reformulações respectivos. (Estudante 13 – Serviço Social)

**Discussão**

A colaboração entre as profissões nos processos de educação e na prática do trabalho em saúde é percebida como uma estratégia inovadora, com papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho no setor (OMS, 2010).

Educação Interprofissional (EIP) em saúde é entendida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde e o bem-estar dos pacientes (REEVES, 2016).

Para a Organização Mundial da Saúde (2010, p. 7), a EIP "[...] ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde". O objetivo é aprender com diferentes profissionais e um com o outro, a fim de colaborar com mais eficiência na prestação do cuidado de qualidade e seguro (REEVES et al., 2016). Seus princípios se aplicam tanto à formação profissional quanto à educação permanente dos profissionais da saúde (BARR, 2005).

A atividade de ensino integradora dos cursos da saúde, objeto de análise da presente pesquisa, caracteriza-se como uma proposta de formação multiprofissional que busca, por meio do estudo do território, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e colaborativo em saúde. Ao final dessa experiência, espera-se que o estudante esteja apto a fazer o reconhecimento do território (geográfico, equipamentos sociais e o 'território vivo') de uma Unidade de Saúde da Família por meio de vivência multiprofissional; compreender a organização do trabalho em uma equipe da Estratégia Saúde da Família; construir um portfólio individual registrando a vivência; desenvolver e entregar um produto resultante do trabalho coletivo integrado para a Unidade de Saúde; e estar capacitado para o trabalho colaborativo em equipe da saúde (UFRGS, 2017).

A EIP busca promover nos estudantes de diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais inseridos nos serviços o aprendizado a partir do trabalho colaborativo. A intenção é a de que os estudantes aprendam a trabalhar juntos, de forma colaborativa, numa relação recíproca de influência entre a atenção básica e a educação (PEDUZZI, 2016). Na perspectiva de Barr (2005), as competências colaborativas se expressam pela clareza dos papéis e responsabilidades de outras profissões, respeito às responsabilidades e competências de cada profissão, ciência das limitações dos seus papéis e competências, planejamento participativo, resolução de problemas e conflitos, tolerância às diferenças e mal-entendidos entre diferentes profissões.

Nesta pesquisa, tais aspectos das competências colaborativas voltados especialmente à clareza dos papeis e responsabilidades entre diferentes profissões e respeito às responsabilidades e competências de cada profissão marcaram as narrativas dos estudantes, os quais perceberam a importância da contribuição de cada profissão para o trabalho em equipe e a importância da escuta aos colegas de outros núcleos profissionais. Assim como evidenciou o estudo de Ely (2017), a disciplina mostra-se como um potente espaço para o desenvolvimento da educação interprofissional na graduação.

Junto aos serviços de saúde, a EIP possibilita ao estudante, na sua formação, ver o quanto é importante o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, o que também foi confirmado neste estudo. A EIP proporciona valores agregados aos trabalhadores e facilita a vivência da equipe, melhorando a colaboração e a qualidade da assistência à saúde (REEVES, 2016).

É importante destacar que a interprofissionalidade complementa o núcleo de formação, ou seja, como proposta pedagógica, a EIP deve ser complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional, mantendo as especificidades de cada área da saúde e reforçando a identidade dos profissionais que estão aprendendo juntos (BARR, 2005). O núcleo de formação relaciona-se às singularidades que definem a identidade de cada profissão, já o campo diz respeito às responsabilidades e saberes comuns às profissões (CAMPOS, 1997).

Apostar em uma proposta pedagógica que inclua os princípios da EIP pode contribuir para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe de trabalho colaborativo, orientada pelo trabalho das equipes (PEDUZZI et al., 2013).

Alia-se a essa perspectiva da educação profissional o estudo do território adscrito ao serviço de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. Conhecer e reconhecer o território é uma etapa fundamental para caracterizar a população, seus problemas de saúde e construir projetos de intervenção que possam atender as singularidades locorregionais (GONDIM et al., 2008).

Para além de um espaço habitado, o território, neste estudo, mostrou-se como um recorte da história das pessoas que o habitam, caracterizando-se por um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. Passa, assim, a ser um dispositivo que possibilita a aproximação com as pessoas usuárias da Unidade de Saúde, tornando possível o entendimento dos problemas de saúde desses usuários e da própria dinâmica do processo saúde-doença no território (MONKEN, 2008).

A compreensão do território ultrapassou o espaço geográfico delimitado (dimensão político-operativa), emergindo o território social e cultural, com suas dimensões simbólicas e imaginárias (SÁ, 2009). O olhar é sobre o território vivo, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS (MONKEN et al., 2008); é o lugar em que a equipe atua na identificação do local e da situação de risco social. É nele que as interações sociais potencializam a consolidação da rede de apoio (CUNHA; SÁ, 2013; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A busca pela ampliação do olhar dos profissionais da APS sobre o território apresenta-se como uma estratégia para superar os limites da Unidade de Saúde e do modelo convencional de atenção, (re)construindo o vínculo da equipe e do sistema de saúde com o lugar, adequando as ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico e incorporando efetivamente o paradigma da promoção da saúde e da participação (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Para os estudantes de graduação, a aproximação e a vivência no território e com a equipe de saúde em um grupo multiprofissional promovem a integração ensino-serviço-comunidade e permitem a compreensão de novas possibilidades de pensar a saúde.

**Considerações finais**

A análise da experiência na atividade de ensino integradora da UFRGS, em cenário de prática da APS, mostrou aprendizagens relacionadas às vivências no território, ao reconhecimento do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde e sobre o aprender a trabalhar juntos.

Os estudantes demonstraram entendimento da diversidade do território como espaço geográfico definido, mas não desvinculado do modo de viver das pessoas que ali residem. O 'ver' e o 'sentir' esse território trouxeram novas possibilidades de pensar a saúde a partir da compreensão da dinâmica viva do processo saúde-doença nesse espaço. O conhecimento sobre o território se constituiu junto às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Os estudantes vivenciaram, em ato, a atuação das ACS junto a essa população e como organizam seu processo de trabalho.

Ao final do percurso na disciplina integradora, os estudantes expressaram ganhos para sua formação por meio da ampliação do olhar do profissional da saúde para além do paciente, da quebra de paradigmas sobre como vivem as pessoas nesses territórios, do conhecimento sobre o sistema de saúde e o trabalho cotidiano de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Destaca-se, ainda, na experiência, a troca possibilitada pela convivência, a oportunidade de observar e também vivenciar o trabalho em equipe.

Competências colaborativas voltadas especialmente à clareza dos papéis e responsabilidades entre diferentes profissões e respeito às responsabilidades e competências de cada profissão marcaram as narrativas dos estudantes, os quais perceberam a importância da contribuição de cada profissão para o trabalho em equipe e a importância da escuta aos colegas de outros núcleos profissionais. A disciplina mostrou-se um potente espaço para o desenvolvimento da educação interprofissional na graduação.

O desafio da proposta, na perspectiva dos estudantes, está na possibilidade do avanço nas atividades interprofissionais realizadas por esse grupo constituído por diferentes profissões, de modo que ultrapassem a observação das características geográficas de um território. Nesse sentido, a intencionalidade pedagógica do grupo de professores tutores tem um papel fundamental.

Cabe ressaltar que os resultados aqui apresentados em relação à atividade de ensino analisada se referem à análise dos portfólios de um dos grupos de tutoria da disciplina em uma Unidade de Saúde da Família específica, o que pode ser uma limitação do estudo. Pesquisas que incluam todos os grupos de tutoria da disciplina devem ser realizadas para abranger a percepção dos estudantes que experienciam a disciplina nas demais Unidades de Saúde da Família.

Atividades de ensino curriculares na graduação que incluam os princípios da educação interprofissional devem ser estimuladas na formação de profissionais da saúde, buscando preparar os estudantes, futuros profissionais da saúde, para o cuidado em um ambiente de equipe colaborativa.

**Agradecimentos**

Agradecemos à equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Família Divisa, que recebe um dos grupos de tutoria da disciplina integradora desde 2012, em especial, às cinco Agentes Comunitárias de Saúde, pela acolhida e parceria, pelo compromisso ético-político e, principalmente, pelas reflexões intensas sobre o que se fez e sobre como acontece o processo de integração ensino-serviço-comunidade.

**Referências**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70. ed. São Paulo: Almedina, 2011.

BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow:** a review. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47 p. Disponível em: <http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf> Acesso em: 30 set. 2018.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. London: CAIPE, 2013.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100202&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, G. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Comun. Saúde Educ.,** Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Interação Ensino, Pesquisa e Serviço em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-198, mar. 2013.

ELY, L. I. **Vivência multiprofissional na graduação em cenários de prática do Sistema Único de Saúde:** a potencialidade para a educação interprofissional. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 35, no. 2, p. 144-149, Feb. 2014.

GONDIM, G. M. M. et al. O território na saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-41.

MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde In: BARCELLOS, C. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. p. 141-163.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, 2011.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, maio 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78051>. Acesso em: 30 set. 2018.

REEVES, S. Porque precisamos de educação interprofissional para um cuidado efetivo seguro. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, jan./mar. 2016.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, Londres, v. 38, no. 7, p. 656-668, 2016.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 1, n. 13, p. 651-664, 2009.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2011.

TOASSI, R. F. C.; LEWGOY, A. M. B. 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200449&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Odontologia. Comissão de Graduação do curso de Odontologia.
**Plano de ensino da disciplina Práticas Integradas em Saúde I.** Porto Alegre: UFRGS, mar. 2017.

# Pesquisas

## VIVÊNCIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE COM LONGO VÍNCULO INSTITUCIONAL: REFLEXÕES PRELIMINARES

## PROFESSIONAL EXPERIENCE OF HEALTH WORKERS WITH LONG-LASTING WORKING WORK CONTRACTS: PRELIMINARY CONSIDERATIONS

## EXPERIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD CON CONTRATOS DE TRABAJO DE LARGA DURACIÓN: REFLEXIONES PRELIMINARES

Carolina Gasperin[1]

Ananyr Porto Fajardo[2]

Julio Baldisserotto[3]

Cristine Maria Warmling[4]

**Resumo**

O trabalho é categoria da vida e parte importante da condição humana vivenciada ao longo da existência. O objetivo do estudo é analisar como trabalhadores, com 31 a 35 anos de vínculo trabalhista no Grupo Hospitalar Conceição, Brasil, desenvolvem suas práticas profissionais e projetam o futuro no trabalho. Trata-se de um estudo de caso do tipo único holístico com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com doze trabalhadores, cuja média de idade é 62 anos. As entrevistas abertas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e os dados examinados com base nos fundamentos epistemológicos da análise do discurso. Busca-se compreender como se estabelecem as relações entre as práticas profissionais, entendendo-as no âmbito dos ingredientes do agir em competência e em relação aos processos de envelhecer no trabalho no contexto institucional. Resultados preliminares demonstram que as vivências no trabalho se constituem de modo concomitante à história da instituição. A preocupação com a técnica e em manter-se em consonância com protocolos de atendimento constituem o cotidiano e o reconhecimento do saber da experiência pelos pares. Os valores profissionais confundem-se com os da vida pessoal. Os achados iniciais da pesquisa contribuem para a compreensão das práticas profissionais de trabalhadores da saúde com longo vínculo de trabalho, bem como suscitam a problematização sobre o uso das tecnologias educacionais no contexto do envelhecer no trabalho.

[1] Psicóloga, mestranda do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (MP ATS-SUS/GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gcarolina@ghc.com.br

[2] Cirurgiã-dentista, professora permanente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (MP ATS-SUS/GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fananyr@ghc.com.br

[3] Cirurgião-dentista, professor do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (MP ATS-SUS/GHC). Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: bjulio@ghc.com.br

[4] Cirurgiã-dentista, professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (MP ATS-SUS/GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: crismwarm@gmail.com

**Palavras-chave:** Trabalho. Envelhecimento. Aposentadoria. Ergologia.

**Abstract**
Work is a category of life and plays a major role in the human condition experienced along the existence. This study is aimed to analyze how workers who have been working between 31 and 35 years in Grupo Hospitalar Conceição, Brazil, develop their professional practices and think about their future at work. It is a single-case, holistic study with qualitative approach. Twelve workers, with an average age of 62 years, were interviewed. The open interviews were audio recorded and transcribed in full, being the data analyzed based on the epistemological foundations of discourse analysis. It is aimed at understanding how the relationships between professional practices are established, understanding them within the scope of the ingredients of working in competence and in relation to aging processes at work in the institutional context. Preliminary results show that the experiences at work are constituted in a concomitant way with the history of the institution. The concern with the technique and in keeping updated with care guidelines are part of the quotidian and the acknowledgement of experience knowledge by the peers. The professional values are mixed with personal ones. The initial findings of the research contribute for the understanding of professional practices of health workers with long-lasting work contracts, as well as the questioning on the use of educational technologies within the context of aging at work.
**Keywords:** Work. Aging. Retirement. Ergology.

**Resumen**
El trabajo es categoría de la vida y parte importante de la condición humana vivida a través de la existencia. El objetivo del estudio es analizar como trabajadores con 31 a 35 años de contrato de trabajo en el Grupo Hospitalar Conceição, Brasil, desarrollan sus prácticas profesionales y proyectan el futuro en el trabajo. Este es un estudio de caso único del tipo holístico con abordaje cualitativo. Doce trabajadores fueron entrevistados, con una media de edad de 62 años. Las entrevistas abiertas fueron registradas en audio, transcriptas en completo y el análisis de los datos fue hecho con base en conceptos epistemológicos del análisis del discurso. Intentase comprehender cómo se establecen las relaciones entre las prácticas profesionales, entendiéndolas en el ámbito de los ingredientes del actuar en competencia y en relación con los procesos del envejecimiento en el trabajo en el contexto institucional. Los resultados preliminares demuestran que las experiencias en el trabajo se constituyen de manera concomitante a la historia de la institución. La preocupación con la técnica y en mantenerse actualizados con protocolos de atención a salud constituyen el cuotidiano y el reconocimiento del saber de la experiencia por los pares. Los valores profesionales se confunden con aquellos de la vida personal. Los resultados iniciales de la investigación contribuyen para la comprensión de las prácticas profesionales de trabajadores de la salud con contratos de trabajo de larga duración del trabajo, así como traen la problematización sobre el uso de tecnologías educacionales en el contexto del envejecimiento en el trabajo.
**Palabras clave:** Trabajo. Envejecimiento. Jubilación. Ergología.

## Introdução

Como se desenrolam relações entre trabalhar na saúde e envelhecer? Seria possível delimitar uma base teórica-conceitual para compreender como se constitui o processo de envelhecer trabalhando na saúde?

Nos preceitos da ergologia o trabalho é categoria da vida e representa parte importante da condição humana vivenciada ao longo da vida. Compreendido como atividade humana, é considerado para além do mercado, do emprego ou da capacidade para a produção (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), bem como situa-se para além da pura regulamentação que solidifica as relações de força (CATANIA, 2013).

A velhice como prática social vem sendo objeto de estudo em campos variados. No cenário mundial, ganha destaque, especialmente, o debate sobre o envelhecimento populacional, ou o crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) e suas implicações sociais. No cenário brasileiro também há debate sobre a transição demográfica, umas das mais rápidas do mundo, quando comparada com situações vivenciadas por outros países (SIMÕES, 2016).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cenário do estudo, é uma empresa pública estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Gerenciado pelo Ministério da Saúde possui 8.875 trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2018). Considerando condições salariais e de trabalho, o GHC é historicamente uma instituição que promove vínculos empregatícios estáveis e de longa duração. O longo vínculo de trabalho faz com que os trabalhadores com mais de trinta anos de trabalho no GHC tenham presenciado uma série de transformações, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

Problematizações se interpõem: Como o envelhecer pode se apresentar no âmbito do próprio trabalho de trabalhadores vinculados por muitos anos ao mesmo posto ou instituição de saúde? Como esses trabalhadores vivem o envelhecimento no trabalho? Como estabelecem suas práticas profissionais após o decorrer dos anos de vínculo institucional? Qual a implicação do vínculo institucional no trabalho em saúde dos trabalhadores? Quais as expectativas de futuro no seu trabalho? Como a instituição poderia mediar os projetos de trabalho dos seus trabalhadores com longo tempo de vínculo de trabalho por meio de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS)?

Frente ao apresentado, o estudo possui como objetivo principal analisar como trabalhadores, com 31 a 35 anos de vínculo de trabalho no GHC/RS, desenvolvem suas práticas profissionais e projetam o futuro no trabalho. Busca-se compreender como estabelecem relações entre as práticas profissionais, compreendidas no escopo dos ingredientes do agir em competência (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), e os processos de envelhecer no trabalho no contexto da institucional.

## Fundamentação teórica

### Pressupostos ergológicos: o trabalho como condição humana, o agir profissional e o ‘corpo-si’

O processo de industrialização prescreveu o que e como seria o trabalho a partir da lógica industrial. Tal lógica, na busca de maior produtividade e lucro, valoriza no trabalho os protocolos e normas gerenciais. Entretanto, segundo os pressupostos de como a ergologia compreende o trabalho, sempre haverá algo que escapa à determinação do protocolo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), “ ‘o trabalho se deslocará’ (...) não se pára de inventar” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 27). Há uma distinção entre o ‘trabalho prescrito’ e o ‘trabalho real’, ou aquele que corresponde ao fazer propriamente dito. O trabalho ressingularizado: inclui o intelectual, o cultural e o corporal (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

A dimensão estabelecida ou protocolar do trabalho compreende um conjunto de "sequências estabelecidas, procedimentos lógicos, técnicos, organizacionais (...) com a ambição de generalidade que define todo o uso dos conceitos" (SCHWARTZ, 2013, p. 19). No trabalho como uma atividade industriosa e sempre inédita, usam-se normas antecedentes para recriá-las. A atividade industriosa é sempre antecipada por normas operatórias e sociais, que podemos então se dizer antecedentes (SCHWARTZ, 2015a). As normas antecedentes remetem às construções sociais do trabalho. Por meio desses pressupostos ergológicos o trabalho é uma atividade humana que pressupõe debate de valores. Cabe definir que o trabalho como proteção legal ou contratual é denominado pela ergologia 'trabalho *stricto sensu*' e seria parte da atividade humana (SCHWARTZ, 2013). "É a aprendizagem permanente dos debates de normas e valores que renovam indefinidamente o trabalho como a atividade: é o 'desconforto intelectual" (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 30).

No âmbito do trabalho como atividade humana, como pressupõe a ergologia, o agir profissional pode ser descrito por meio de seis ingredientes do agir em competência. O primeiro ingrediente corresponde ao relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho, que seriam os saberes científicos e técnicos. O segundo trata da relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho, remetendo a uma inscrição histórica. O terceiro é a capacidade de articular o protocolo com a singularidade de cada situação, o que inclui a pessoa singular. O quarto versa sobre o debate de valores ligado ao debate de normas, impostas e instituídas na atividade, ou seja, é uma arbitragem permanente entre o que se chamou de 'uso de si por si mesmo' e 'uso de si pelos outros'. O quinto remete à ativação do potencial para a ação, o que leva ao agir. O sexto e último traduz-se em tirar partido das sinergias de competências, a capacidade de trabalhar em equipe.

O corpo, parte fundante, indistinta, indissociável do próprio ser/'si', ou 'corpo-si', faz parte do trabalho industrioso, e é remetido às suas dimensões sócio-históricas, biológicas e singulares. O 'corpo-si', em todos os níveis de consciência, internaliza determinadas informações e hierarquiza o debate de normas, com efeitos valorativos para o 'uso de si por si' e 'uso de si pelos outros' (SCHWARTZ, 2014). Não se trabalha exclusivamente para si e é impossível seguir exatamente as prescrições do meio e de outros. Há, portanto, a partir do indivíduo, um compromisso ético com o coletivo (SCHWARTZ, 2015b).

O trabalho na saúde e o envelhecimento do trabalhador

O agir humano no ato de produzir saúde apresenta-se como 'trabalho vivo em ato' e expressa o momento do trabalho em si. Nos serviços de saúde, o ato de produção e o consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo e implicam no encontro entre o agente produtor e o consumidor, esse último objeto da ação, mas ainda agente na relação. "E para compreender isso só olhando novamente o mundo do trabalho em saúde sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato, (...) por estar

fortemente implicado com a construção dos encontros singulares nos atos de cuidar" (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 31). De que modo essas singularidades do trabalho em saúde implicam no envelhecer do trabalhador da saúde?

Para além de apresentar uma discussão sobre dados estatísticos do envelhecimento populacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; SIMÕES, 2016) ou sobre o domínio da capacidade da força de trabalho, compreende-se o envelhecimento ligado ao trabalho como um processo de produção social. A forma como o trabalho é percebido na sociedade capitalista produz o processo de envelhecimento. A qualidade de vida do trabalhador é atributo social do envelhecimento no trabalho (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010).

Considera-se os aspectos biológicos da velhice, mas também se pode tomá-la como fato cultural. A própria aposentadoria, como entendemos hoje, foi produzida a partir dos processos de industrialização (BEAUVOIR, 1990). "Mas se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que este destino é vivido de maneira variável segundo o contexto social" (BEAUVOIR, 1990, p. 16).

O envelhecimento e o trabalho, intimamente ligados à discussão da renda, são elementos regulados nas sociedades. A capacidade funcional e de trabalho diante do envelhecimento está presente nos estudos não só do ponto de vista do indivíduo, mas também no que se refere ao mercado de trabalho para os idosos (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010).

Analisando sobre como se dá o envelhecimento do trabalhador e como as suas condições e organização do trabalho agem sobre o envelhecer, afirma-se que há uma compensação das perdas funcionais, ocorridas no processo do envelhecer para o desenvolvimento do trabalho, e as condições e a organização do trabalho, representam para os trabalhadores maiores repercussões no cotidiano do trabalho que o próprio processo de envelhecimento (SATO et al., 2017).

O envelhecimento da força de trabalho e seu tempo de vínculo com a empresa é um aspecto a ser considerado no planejamento institucional (BRASIL, 2016b; FRANÇA et al., 2013). Também no cotidiano dos trabalhadores o vínculo de trabalho frente ao envelhecimento demarca suas vidas, de maneira especial com relação tema da aposentadoria (SÁ; WANDERBROOCKE, 2016; MOREIRA; BARROS; SILVA, 2014; MOREIRA, 2011).

## O uso de si por si e pelos outros no trabalho na saúde e a tecnologia da Educação Permanente em Saúde

O corpo normalmente aparece no discurso do trabalho como o corpo físico relacionado ao trabalho manufatureiro, industrial. O 'corpo-si' faz parte do trabalho industrioso, inclusive quando são abordadas as questões de saúde ou patologias industriosas (SCHWARTZ, 2014). A concepção de 'uso de si' é um 'uso de um corpo-si' e a relação com o passar dos anos, remete às dimensões

sócio-históricas, biológicas e singulares, aspectos indissociáveis (SCHWARTZ, 2014). O ‘corpo-si’ aprende, envelhece e age. O passar do tempo tem implicações para o ‘corpo-si’.

As arbitragens na atividade industriosa incidirão inevitavelmente sobre sequências de vida de outras pessoas (SCHWARTZ, 2014). A vida social e as organizações inevitavelmente irão mobilizar, colocar em ação múltiplas dramáticas, “somos todos, como seres humanos, atormentados por debates internos, ‘debates de normas’ mais ou menos visíveis aos outros e a nós mesmos” (SCHWARTZ, 2015b, p. 325).

A dimensão do trabalho coletivo se destaca no trabalho em saúde, que pressupõe a relação entre indivíduos e coletivos de trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). A abordagem dialógica de competência reconhece tanto a história das pessoas como a das sociedades nos processos de produção de saberes e valores (LIMA, 2005).

Neste ponto, lembra-se do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) como um saber estruturado ou tecnológico no âmbito do trabalho na saúde. Por definição, é um projeto pedagógico-político que destaca os processos de educação pelo trabalho, com implicações para o ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Parte do estímulo ao trabalhador para a problematização de situações coletivas de trabalho (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). Neste aspecto, a EPS aproxima-se do que se pode compreender como uma tecnologia educacional, um dispositivo de mediação, ou seja:

> Entende-se que os materiais ou tecnologias educativas produzem mediações simbólicas que regulam e constituem subjetividades, por isso, desloca-se o foco dos estudos dos meios para a recepção das mensagens, no processo de interação dos sujeitos, que atribuem significados e sentidos às coisas (NESPOLI, 2013, p. 880).

## Metodologia

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso do tipo único holístico (YIN, 2010) e de abordagem qualitativa, considerando a conveniência dos métodos e teorias que possibilitem a inclusão de diferentes perspectivas e a reflexividade do pesquisador e da pesquisa (FLICK, 2009) e voltando-se para as singularidades e os significados (MINAYO, 2017). Busca-se incluir a complexidade da realidade social e a pluralidade dos fenômenos subjetivos (PAULON; ROMAGNOLI, 2010) que dizem respeito aos trabalhadores da saúde. A desnaturalização do objeto implica do pesquisador e as contingências que acompanham as situações e seus efeitos.

Cenário e participantes

Localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) abarca um hospital geral, três hospitais especializados, uma unidade de pronto atendimento, doze unidades de saúde, três centros de atenção psicossocial, um Consultório na Rua e o Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde – Escola GHC.

O corpo funcional é composto por 8.875 trabalhadores com contrato celetista (BRASIL, 2016a). Esse é o limite máximo de contratações estabelecido pelos órgãos competentes, ainda que em diferentes relatórios o número possa variar, caso se considerem os trabalhadores afastados, mas ainda vinculados a instituição, e os contratados temporariamente. Do total, 73% são mulheres, 16% são aposentados pelo INSS, a média de idade é 44 anos e o tempo médio de vínculo é de 14 anos (BRASIL, 2017).

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo aqueles trabalhadores com 31 a 35 anos de vínculo de trabalho com o GHC em atividade e atuantes tanto no cuidado direto aos pacientes como em setores de apoio. A escolha dessa faixa deve-se às características da população em relação aos interesses do estudo. Segundo dados do Sistema da Gerência de Recursos Humanos, existem 475 trabalhadores com faixa etária média de 62 anos que mantêm vínculo de trabalho com o GHC (BRASIL, 2018). Em 2017 havia 278 trabalhadores que se encontravam aposentados pelo INSS (BRASIL, 2018). Portanto, é uma faixa de tempo de trabalho representativa de trabalhadores com um longo vínculo de trabalho e com idade próxima aos 60 anos. Considera-se esta realidade potencialmente ativa para o trabalho, mas com proximidade de rompimento do vínculo com a instituição tendo em vista a aposentadoria. Além disso, acompanharam muitas transformações sociais, econômicas e políticas no âmbito do trabalho.

Além disso, também foi buscada a diversidade de cargos, procurando abarcar diferentes perspectivas do trabalho na saúde. Destaca-se que mais da metade (52%) dos trabalhadores na faixa de tempo de vínculo de interesse ocupavam o cargo de médico (BRASIL, 2018). Desta forma, para contemplar o critério, foram entrevistados pelo menos um trabalhador médico e não médico, bem como trabalhadores atuantes em diferentes âmbitos da atenção à saúde (atenção básica, ambulatorial e hospitalar) e em áreas fim e meio.

A identificação dos trabalhadores que atendem ao critério de tempo de vínculo com a instituição foi realizada mediante consulta a um relatório solicitado à Gerência de Recursos Humanos (BRASIL, 2018). Os trabalhadores foram organizados de acordo com os critérios de inclusão e sorteados, tendo sido feito contato direto por telefone com os trabalhadores de forma a complementar o número de participantes. Foram aceitas indicações dos próprios sujeitos para o recrutamento de novos participantes.

Determinou-se inicialmente 20 entrevistas. Ainda assim, para a definição do tamanho da amostra, compreende-se que uma amostra qualitativa ideal "é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo" (MINAYO, 2017, p. 10). Deste modo, mesmo que o investigador preveja um montante de entrevistas, há uma ideia de provisoriedade durante o processo. Neste caso, não existe um ponto de saturação *a priori*, mas a busca de certo alcance teórico do objeto em estudo.

Produção e análise de dados

Para a produção dos dados, estão sendo realizadas entrevistas seguindo um roteiro aberto de perguntas, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os encontros ocorrem no local de trabalho ou em ambiente à escolha do participante, desde que seja garantido o sigilo da interação, tendo uma duração aproximada de uma hora.

A análise está sendo realizada com base nos fundamentos epistemológicos da análise do discurso, que objetiva trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Aspectos éticos

O projeto segue as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática da pesquisa, conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CAAE: 85160218.4.0000.5530).

**Resultados preliminares**

As primeiras leituras das entrevistas permitem destacar elementos das vivências no trabalho. A familiaridade com a instituição começou ainda na juventude como recém egressos da universidade e muitas vezes antes de mesmo possuírem vínculo de trabalho formal com a instituição como estagiários, residentes médicos ou prestadores de serviços. A história do trabalho dos participantes se constitui de modo concomitante com a história da instituição.

> Comecei a trabalhar aqui em 1975 como médico credenciado pelo então Instituto Nacional Médico de Previdência Social (INAMPS), que era o grande gestor de saúde que resultou da fusão de diversos institutos de aposentadoria e pensões e seguro social das diversas classes: comerciários, bancários, industriários (...). (P2)

> (...) entrei substituindo a colega que estava de licença-maternidade. Quando acabou o período, (...) fui demitida porque não tinha vaga, mas fiquei poucos meses [fora]. Fui demitida no fim do ano e logo em seguida, no início de 1987, surgiram vagas, surgiram 4

> vagas e fui efetivada novamente. Naquela época não era concurso, saía no jornal ou coisa assim, a gente fazia entrevista e o escolhido ficava. Na época, eu entrei. (P4)

O ingresso e a constituição da carreira profissional, as realocações e experiências em diferentes instâncias assistenciais e gerenciais.

> (...) quando a gente entra a gente é de tudo, as pessoas vão sendo convidadas a participar dos espaços (...). A gente participou da criação da Saúde do Trabalhador que na época se chamava Unidade Profilática e Terapêutica, acho que era esse o nome da Saúde do Trabalhador porque nós, os trabalhadores, éramos atendidos pela medicina de família (...) e daí se começou toda uma discussão de que ter um espaço para atendimento do trabalhador da saúde e a gente criou então (...) com pessoas que estão até hoje ali na Saúde do Trabalhador (...). Montávamos grupo de trabalho por setor do hospital, isso lá em 1980 e poucos, fim dos anos 1980, (...) para identificar qual era o motivo de adoecimento por setor para poder trabalhar em cima disso. (...) Depois disso, fui para o Hospital da Criança Conceição, teve uma vaga lá e eu pedi para ir (...), acho que eu tinha ainda a coisa de vir trabalhar em hospital, trabalhar na assistência mesmo. (P6)

> Passei por várias áreas (...). Fiquei doze anos e meio depois na coordenação e aí eu quis voltar para a minha unidade de origem, unidade de formação (...) porque achei que já tinha dado a minha contribuição como coordenação. Então queria terminar a minha vida profissional com assistência mesmo, prestando assistência diretamente para o paciente e é o que eu estou fazendo agora. (P3)

A decisão por atuar exclusivamente na instituição devido à carga horária, ao salário e à qualificação profissional oferecida pela instituição seria uma evidência de satisfação com as condições de trabalho no GHC.

> Tive consultório durante 30 anos, trabalhava lá e no GHC (...), havia esse discurso de que 'uma coisa é SUS, outra coisa é particular'. Eu dizia que a prática clínica que eu fazia no consultório era igualzinha à que eu faço aqui, nunca teve diferença. Às vezes faltava um material que tinha no consultório e não tinha aqui, às vezes trazia ou a gente conseguia comprar, mas (...) desde que começamos, sempre tentamos trabalhar muito com a parte de normas técnicas para tentar incorporar o máximo possível de materiais de qualidade. Eu diria que o Conceição é um dos lugares que tem melhor qualidade de material, por exemplo, os residentes vão lá e dizem 'Nossa, mas vocês têm isso? No posto da prefeitura não tem'. (P1)

> Recebo a minha aposentadoria, consultório não tenho, mas fui me adaptando à redução de entrada de dinheiro. (...) então não preciso trabalhar 16 horas por dia. Mas teve época que eu tive que construir patrimônio, tive que pagar o financiamento da casa, tem que sustentar os filhos até eles se sustentarem sozinhos e precisava trabalhar mais. Agora não preciso mais (...). (P2)

> (...) foi uma vida inteira trabalhando nisso, fazia concomitante a isso o meu consultório, (...) então eu atendia muitos partos fora também e atualmente trabalho só aqui. (...)há dez anos, em 2007, fechei o consultório, quando eu fiz 25 anos de consultório (...) a minha vida é bem organizadinha agora com o plantão. (P9)

> Fiz especialização para complementar meu trabalho aqui, não foi para seguir uma linha fora. Tem muitas pessoas que trabalham aqui para depois ter outro emprego, é só uma parte passageira da sua vida, mas como eu escolhi, consegui meu objetivo. (P3)

A preocupação com a técnica e manter-se em consonância com protocolos de atendimento, além de agregar novas perspectivas sobre o próprio trabalho, constituem o cotidiano:

> (...) Mas o jeito que eu atendo agora, com acolhimento, humanização, com a qualidade que a gente pode na parte clínica, isso sempre foi assim, já comecei assim. (...) a prática clínica minha sempre foi mais ou menos a mesma, muda a técnica, mas aí é uma questão de estudar a técnica, com humanização, visão integral do paciente numa perspectiva de trabalho multiprofissional/multidisciplinar. (P1)

> Logo que entrei aqui era um laboratório particular e, naquela época, (...) faltava coisas para a gente trabalhar. Hoje em dia não, a gente não esbanja nada, o material tem que cuidar, economizar, mas é outro tempo, é outra coisa! Hoje em dia evoluiu um monte (...). Ainda tem coisa que a gente que trabalha sabe das dificuldades que tem, mas nada que não possa ser feito, que inviabilize e impeça de fazer nosso trabalho bem feito. (P4)

> Por exemplo, o Serviço de Alto Risco [para gestantes] tem uns 25 anos. (...) A gente trabalha a expectativa, a ansiedade da paciente e vínculo, tu consegues te vincular com a paciente, consegue explicar etc., dizer que ela vai voltar para ti ou o porquê que ela não vai voltar, então tu consegues trabalhar isso. (...) é o serviço de internação, a paciente que está internada porque tem diabetes, hipertensão, ou seja, por um motivo obstétrico (...). a gente criou. A primeira pessoa que fez parto no serviço fui eu, quando a gente passava, quando a gente nem batia ponto, a gente vinha todos os dias no final da manhã discutir, para todo mundo ter a mesma conduta, faz muitos anos isso. (...) hoje tem uma experiência, o serviço tem uma estrutura, tem um grupo de residentes que atuam, médico com medicina fetal, com milhões de outras coisas que foi crescendo conforme a especialidade também foi crescendo. (P9)

Nem sempre a qualificação é reconhecida, independente da liberação formal para estudar.

> Saí para estudar e o Conceição não te reconhece porque tu tens título, mas não tem plano de cargos e salários. (...) Então alguém disse 'Por que eu faço mestrado, doutorado, estudo, venho pra cá me qualifico, vou orientar [residentes], qual é o reconhecimento que a instituição tem disso tudo que eu faço?' É que quanto mais tu te capacitas, mais trabalho assumes com o mesmo salário e com as mesmas condições, quanto mais títulos tu tens. (...) A instituição te deixa sair para estudar, já acho uma coisa boa, libera pra fazer mestrado e doutorado algumas horas, mas acho que a coisa seria o plano de cargos e salários e um reconhecimento financeiro para as atribuições que tu agregas ao teu trabalho original quando te capacitas (...). (P1)

> Tenho um conhecimento muito grande em aleitamento materno, (...) nós trabalhamos 20 anos juntas, então a gente ia para fazer a avaliação do Hospital da Criança, nós trabalhamos muito para que o Hospital Conceição fosse Amigo da Criança e foi uma coisa tão importante que botaram na frente do hospital. (...) o investimento que fazem em determinada coisa e não continuam aproveitando, não é porque a gente esteja velho que a gente não pode continuar aproveitando, por que o que vou fazer com aquele conhecimento todo? (...) Então saí do aleitamento muito desgostosa porque a gente era avaliador e tudo isso tinha que fazer curso. (...) Só que aí me tiraram, não sei porque cargas d'água. (...) Então eu era uma pessoa qualificada e que não me aproveitaram aqui, botaram outras pessoas, mais jovens, mais isso, mais aquilo, mas nada que eu estudei, eu continuo. (...) então a gente vai fazer os cursos e não é aproveitado. Tem determinados cursos que meio que obrigam o médico a fazer agora por causa acho que do modismo, que eu não concordo. (P5)

O reconhecimento pelos pares do saber da experiência é valorizado, pois

> (...) quanto mais experiência tu tens, assim como eu, aparecem coisas novas ainda, sempre vai aparecer. Mas já vi muito mais coisas do que uma pessoa que recém chegou. Por exemplo, aqui tem essa área que vai ser a urinálise, a gente olha o sedimento urinário, o sedimento que aparece na urina da pessoa, então já vi tanta coisa, que às vezes me chamam, aí vou lá, olho, 'O que acha que é isso daqui?' 'Ah, é tal coisa'. A pessoa às vezes está em dúvida, não sabe, a mesma coisa acontece ali no pessoal da hematologia que faz microscopia, um exemplo. (...) Me chamam, às vezes a gente ajuda aquele que não conhece ainda, que não viu, que tem menos experiência fazendo aquele tipo de exame. (...) Os equipamentos não dizem tudo, são

> um computadorzinho, é programado, configurado e faz. Então ele precisa do ser humano ali para ver porque às vezes ele faz uma coisa, ele faz tudo sempre igual, uma coisa diferente, ali tem muita intervenção da gente antes de liberar um resultado. (...) para a gente ver se o equipamento está funcionando bem, tem todo um controle de qualidade, utilização de controles normais e patológicos. Tu fazes os exames como se fosse de um paciente e aí aquilo ali tem que ser analisado para dizer se está bom. (...) De manhã cedo, todos os equipamentos, a gente faz uma manutenção neles, tipo uma higiene nos aparelhos, limpa agulhas, (...) soro de paciente, reagentes. (...) Aí depois a gente larga esses soros-controle de todas as reações que são feitas dentro do laboratório da bioquímica e aquilo tem que estar tudo dentro do aceitável. Daí tem a minha função de ir lá analisar para poder começar a fazer os exames dos pacientes. Isso aí no início é outra coisa também. Quem chega novo, a gente mostra para eles, ensina, tem um treinamento, quando começa a trabalhar faz um treinamento junto com quem já está há mais tempo aqui. (P4)

O compromisso do trabalhado é realizar um trabalho de qualidade para os usuários dos serviços e os valores profissionais confundem-se na vida pessoal.

> Eu já gostava das pessoas que representavam a comunidade e sou da comunidade, (...) gosto de ir para a casa deles, tomar o meu café quando vou ver eles, quando estão acamados, me trazem presentes, comida geralmente. Olha, esses dias uma coisa inédita, me deram um mocotó! (...) eles ainda agendam criança para mim porque eu tenho muito amor pelas crianças e muito amor pelos idosos e caí num lugar maravilhoso, porque aqui tem muito idoso, então eu sou a médica dos vovôs e das crianças (...). (P5)

> Se estou aqui, se tenho meu lugar aqui para trabalhar e estou recebendo o meu salário, eu faço o melhor que eu posso sempre onde estou. Cuido da instituição, sou chata, cuido do patrimônio, cuido de tudo. Hoje, agora mesmo eu estava lá e 'tem que organizar essas coisas', 'não imprime tanta coisa' (...). (P6)

> Onde eu vou, se vejo alguém puxando uma criança de forma inadequada na rua, eu enlouqueço. Se vejo essas questões da terceira idade, acabo tendo cuidado com todo mundo porque tenho esse olhar agora, que eu nunca tinha olhado, agora olho. (...) a questão do álcool e droga, drogas também (...) fico muito atenta a isso em tudo que é lugar. Esses dias conversei com uma colega lá do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e ela me disse 'Você não sai na rua agora sem ir parando nos lugares e cuidando, vendo se tem paciente teu na rua?' e é bem assim mesmo. (...) até final de semana de noite quando vão sair, vão para um bar, alguma coisa e param na sinaleira tem um morador... tem alguém na rua, elas já se mobilizam, já querem descer do carro, já querem conversar com a pessoa, já querem ver e eu acho que a gente vai ficando assim. (...) Então agora eu identifico as pessoas na rua, fico contando as histórias, 'Olha ali a fulana, olha ali a sicrana' (...) e acho que essa questão do trabalho é isso assim, não tem como tu estar aqui dentro vendo as coisas acontecerem, os adoecimentos e coisas e não te ligar nisso (...) porque tu sabes como é a vida das pessoas que internam aqui, que adoecem aqui, são histórias, sempre são histórias muito tristes, muito duras, talvez isso tenha também feito com que eu tenha um outro olhar para a minha vida. (P6)

Quanto aos planos para o futuro, possibilidades na perspectiva da aposentadoria, inclusive continuar atuando.

> Não pensei ainda em sair da empresa exatamente pelo que eu disse, acho que ainda tenho com o que contribuir. Enquanto eu estiver atendendo as necessidades da instituição como profissional, ainda me sinto habilitada a estar trabalhando, e não 'Ah, estou esperando me aposentar pra sair'. Estou trabalhando, faço parte do quadro funcional e continuo trabalhando exatamente igual a antes, tentando fazer o meu melhor e atendendo as expectativas de quem está na minha coordenação, de responder a tudo que é solicitado como qualquer outro funcionário, mesmo sendo os recém-chegados. (...) [A ideia é seguir] na assistência direta. E isso é uma coisa que eu sei que eu não quero, é voltar para cargo administrativo, quero me manter na assistência. (...) Já passei por várias gestões (...) e acho que faz diferença e tem

> coisas que hoje, com o meu conhecimento e com o retorno que já recebi, prefiro receber o retorno das pacientes e não ficar discutindo o futuro da instituição. Prefiro fazer o meu trabalho assistencial, ajudando tudo o que precisar na parte administrativa, mas não eu como responsável. Aproveitando o meu conhecimento, os anos de trajetória que já venho ajudando em tudo que é necessário e que eu já tenho feito (...). (P3)

## Reflexões preliminares

O tema do envelhecimento tem sido objeto de atenção no GHC, instituição onde ocorre a pesquisa, tendo sido realizados estudos e iniciativas sobre o envelhecimento dos trabalhadores em atividade (SILVA, 2013); um projeto de pesquisa sobre aposentadoria, na perspectiva dos trabalhadores e dos dirigentes da organização para subsidiar um curso de preparação para a aposentadoria (CONCEIÇÃO, 2008); um projeto de intervenção em educação para o envelhecimento e preparação para a aposentadoria (GASPERIN, 2016); a proposição de um serviço de referência para acolhimento de trabalhadores em fase de aposentadoria, que incluísse ações de assistência social, saúde física e psicológica (SILVA et al., 2008).

Este estudo parte da ergologia, que considera e problematiza o contexto de trabalho como atividade humana e categoria central na vida das pessoas. O projeto do estudo do envelhecer no trabalho precisa levar em conta o percurso da vida dos trabalhadores, os debates de normas e valores que realizam e o modo como suas experiências de trabalho demonstram o uso de si por si e pelos outros.

A análise inicial dos discursos, faz pensar no modo como a instituição, que conta com trabalhadores que permanecem por tanto tempo atuando, tem desenvolvido processos de EPS com potência para problematizar o agir em competência diante do envelhecer no trabalho. Como pensar dispositivos e tecnologias educacionais que convidem os trabalhadores para explorar o debate de valores e que evidenciem os ingredientes do agir em competência?

## Referências


BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Recursos Humanos. **Relatório do número de trabalhadores conforme idade, sexo, tempo de vínculo empregatício e aposentadoria pelo INSS.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, out. 2017. Documento interno.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Recursos Humanos. **Relatório do número de trabalhadores conforme tempo de vínculo empregatício, idade, cargo e setor de trabalho.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, maio 2018. Documento interno.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, DF, 2012.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1990.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CATANIA, L. «Qualification» et «compétences» au sein de l'espace social: quelles évolutions de la professionnalité prescrite? **Ergologia**, Aix-em-Provence, no. 10, p. 85-128, 2013.

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

CONCEIÇÃO, M. V. T. **Encarando a vida na aposentadoria**: implicações da aposentadoria na perspectiva dos trabalhadores e dirigentes do GHC. 2008. 37 f. Projeto de Pesquisa (Curso de Especialização em Gestão Hospitalar) - Grupo Hospitalar Conceição, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Porto Alegre, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FRANÇA, L. H. F. P. et al. Aposentar-se ou continuar trabalhando: o que influencia essa decisão? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 548-563, 2013.

GASPERIN, C. **Programa encontros com a vida:** profissionais da saúde e a aposentadoria. 2016. 39f. Projeto de Intervenção (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Porto Alegre, 2016.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comum., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface Comum., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MOREIRA, J. O. Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 541-550, out./dez. 2011.

MOREIRA, J. O.; BARROS, F. M. B.; SILVA, J. M. Aposentadoria e exercício profissional: um encontro possível para os professores de uma universidade católica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 79, supl. 2, p. 123-130, 2014.

NESPOLI, G. Os domínios da tecnologia educacional no campo da saúde. **Interface Comum., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 873-884, out./dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

SÁ, R. A.; WANDERBROOCKE, A. C. N. S. Os significados do trabalho face ao envelhecimento para servidoras de uma instituição pública de ensino superior. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 97, n. 145, p. 145-158, 2016.

SATO, A. T. et al. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.10, p. e00140316, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n10/1678-4464-csp-33-10-e00140316.pdf> Acesso: 22 nov. 2018.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHWARTZ, Y. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 17-33, set./dez. 2013.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul./set. 2014.

SCHWARTZ, Y. Conhecer e estudar o trabalho. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 83-89, set./dez. 2015a.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: SCHWARTZ, Y. et al. **Trabalho e ergologia II:** diálogos sobre a atividade humana. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015b. p. 325-369.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

SILVA, C. R. S. **Perfil do envelhecimento dos trabalhadores de um Hospital Público de Porto Alegre**. 2013. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso) - Grupo Hospitalar Conceição, Escola GHC, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, N. et al. **Ambiente de acolhimento dos trabalhadores em fase de aposentadoria no GHC.** 2008. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Técnica em Informação em Saúde) - Grupo Hospitalar Conceição, Escola GHC, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2008.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRETAS, A. C. Passarella. Reflexões sobre envelhecimento no trabalho. **Ciênc. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

# RESENHAS

## A INVENÇÃO DE SI E DO MUNDO: UMA INTRODUÇÃO DO TEMPO E DO COLETIVO NO ESTUDO DA COGNIÇÃO

Eliane Teixeira Leite Flores[1]




Kastrup sustenta com esse trabalho que o ato de pensar não deve servir apenas à resolução ou resposta obediente aos nossos problemas e defende a tese de que a primeira coisa a ser inventada é o próprio problema. Kastrup revisa conceitualmente o tema ao trabalhar, principalmente, com o pensamento de Bergson, de Latour, Deleuze e Guattari, Simondon, Maturana e Varela para desenvolver o conceito de devir criativo da cognição. Ao considerar as colocações dos pensadores, que dão consistência à ideia de uma cognição para além do reconhecimento, Kastrup afirma que a invenção é a potência que a cognição tem de diferir de si mesma, de transpor seus próprios limites.

Com Bergson, a autora estuda a cognição colocada em termos de tempo, que responde pelo movimento de invenção que subverte o conceito de conhecimento como de representação. Problematizar abre espaço para a intuição para ultrapassar os limites impotentes do que se entende como realidade. Fazer algo novo com a informação e criar novos sentidos para novas subjetividades.

Com Latour, Kastrup trata da ciência moderna com a ênfase na separação do sujeito-objeto e dos mundos natural e social, por excluir do seu discurso a natureza da sociedade, da ciência e da política. O paradoxo da modernidade está no que se furta da totalização, é o que exclui e rompe com as concepções identitárias.

[1] Cirurgiã-dentista, doutora em Educação em Ciências Bioquímicas, mestrado em Saúde Coletiva, especialização em Saúde Coletiva e em Análise Institucional. Professora do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elianetl@terra.com.br

Virgínia aponta para o surgimento de uma espécie de nova teoria da forma com o pensamento de Simondon, ao afirmar que cognição é em sua natureza problemática, porque há sempre um resto de pré-individual que subsiste, coexistindo com a realidade individuada. A cognição é movida pela problematização e em seguida pela busca de solução de problemas.

Maturana e Varela criaram o aforismo que conhecer é viver, por entenderem que os seres vivos estão em constante processo de produção de si, em incessante engendramento de sua estrutura. Kastrup explica a cognição autopoiética dos cientistas chilenos, que combatem a ideia de que o organismo ou meio possam desempenhar o papel fundamental de evolução, porque os mesmos são resultados, efeitos de uma rede processual, constituindo-se reciprocamente e apresentando-se como fontes mútuas de perturbação.

O conceito de Rizoma de Deleuze e Guattari, no entendimento de Kastrup, sustenta a autopoiese de Maturana e Varela como ontologia criacionista. O Rizoma conecta-se ao contexto da biologia por intermédio da noção de rede autopoiética, que extrapola a da filosofia. A rede se faz e se resfaz pelas conexões vizinhas, como estrutura multidimensional e se bifurca em diversas séries heterogêneas, retomando sempre seu processo de distinção e de devir, que não é produz

A autora estuda com Varela o conceito de enação para conceituar a coemergência do sujeito e do mundo. A corporificação do conhecimento inclui acoplamentos sociais, linguísticos, psicológicos e culturais, o que significa que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas é capaz de inventar mundos. Kastrup acredita que podemos avançar pela experiência para pensar nos efeitos de um meio social complexo sobre a cognição humana; conecta o pensamento do cientista com o de Deleuze e Guattari, que entendem a aprendizagem como acoplamento direto, como agenciamento maquínico, sem mediação da representação. As experiências que revelam uma intuição cognitiva trazem um estranhamento e não apenas reconhecimento. O entendimento que o agenciamento se faz no nível coletivo de multiplicidades abre a possibilidade efetiva de pensar uma cognição híbrida de natureza e artifício, de indivíduo e sociedade. As redes informáticas nos fornecem um meio de mudar, fazendo a cognição diferir de si mesma e criar num mesmo movimento, novos territórios existenciais.

Kastrup insiste que se trata, por fim, de uma tomada de posição política no enfrentamento da manutenção de formas de existência estabelecidas e de desqualificação da invenção e da diferença. O esforço renovado é necessário porque o funcionamento divergente e bifurcante não assegura formas cognitivas inventivas. A discussão da aprendizagem como invenção de problemas não pode se esgotar na participação ou não da inteligência. Para enfrentarmos os problemas de aprendizagem e das políticas da cognição é preciso produzir soluções, sem abandonarmos a experimentação com a prudente coragem de buscarmos saídas, linhas de fuga, novas formas de ação e práticas cujos efeitos devem ser sempre avaliados e reavaliados.

**Referência**

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo:** uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Autêntica: Belo Horizonte, 2007.