

#### **Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla

#### **Coordenação Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

#### **Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Àngel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália

**Ardigò Martino** - Universidade de Bolonha, Itália

**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** - Universidade de Lanus, Argentina

**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Sueli Goi Barrios** - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de

Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

**Vera Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

#### **Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

#### **Arte gráfica - Capa**

Natália Grey

#### **Diagramação**

Luciane de Almeida Collar

#### **Revisão e tradução língua inglesa**

Shirley Silva Costa

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2015 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Revista Saúde em Redes

ISSN: 2446-4813

DOI: [http://dx.doi.org/10.18310/2446-](http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n3)

[4813.2015v1n3](http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n3)

4813.2015v1n3

## Sumário

### **1. EDUCAÇÃO DO LUGAR: SAÚDE MENTAL E PEDAGOGIA DA CIDADE**

*Maria Cristina Carvalho da Silva, Ricardo Burg Ceccim.....07*

### **2. A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE DISCURSOS E EXPERIÊNCIAS NO REINO UNIDO**

*Sara Donetto.....21*

### **3. CONHECIMENTO SOBRE INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL**

*Larissa Maria Isaac Maximo, Nathalia Marcy Barbosa da Cunha, Maria Eduarda Pereira de Queiroz, Nataly Damasceno de Figueiredo.....37*

### **4. ANÁLISE DAS FORMAÇÕES COLETIVAS OFERTADAS AOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO: O CASO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

*Fabricio Felipe Quadros, Lisiane Boer Possa.....49*

### **5. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

*Janice Dávila Rodrigues Mendes, José Jeová Mourão Netto, Elayne Cristina Costa Damasceno.....63*

### **6. POLÍTICAS DE INDUÇÃO À MUDANÇA NA EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: MATRIZES DISCURSIVAS DO CAMPO**

*Tiago José Silveira Teófilo, Rossana Staevie Baduy, Nereida Lúcia Palko dos Santos.....73*

### **7. MODELO ASSISTENCIAL DA CASA DA SAÚDE: REESTRUTURANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ITÁLIA**

*Ardigò Martino, Brigida Lilia Marta, Francesco Sintoni, Túlio Batista Franco.....87*

### **8. PERFIL PROFISSIONAL TENDO O SUS COMO BASE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DA ÁREA DA SAÚDE NO PROCESSO AVALIATIVO**

*Suzana Schwerz Funghetto, Sueli Macedo Silveira, Alexandre Magno Silvino, Margo Gomes de Oliveira Karnikowski.....103*

Publicar uma revista nos dias de hoje pode parecer um desafio simples, tendo em vista as possibilidades que os espaços virtuais nos permitem. Não necessitamos de tinta e papel para compor e engolir nossos orçamentos, mas tão somente de softwares de editoração e um local de divulgação onde possamos postar/publicar os arquivos/artigos. Mas aos poucos vamos nos dando conta que apesar desses espaços, é muito difícil conseguir publicar, ainda mais manter essa publicação de forma seriada. Quando a Rede UNIDA propôs a criação da Saúde em Redes estava ciente desses desafios. Hoje estamos publicando o terceiro número de uma revista que vem conquistando seu espaço e constituindo mais redes entre ensino, pesquisa e campos de saberes e práticas.

Nossas publicações procuram debater de forma plural temas atuais e emergentes, tendo um grande número de acessos; alguns artigos com mais de cem acessos em menos de dois dias de publicação. Para uma revista com menos de um ano de vida e com duas edições publicadas, temos mais 130 usuários cadastrados e envolvidos com a revista, bem como artigos com mais de 2000 acessos individualmente. São números que reforçam nosso compromisso em formar mais um ambiente de debate e compartilhamentos.

Neste terceiro número, procuramos provocar a publicação de forma temática. Nesse sentido, foi feito o chamamento em edital específico, no site da Rede UNIDA para todos e todas que desejassem trazer discussões sobre **Educação em Saúde**. Tivemos inúmeras submissões de trabalhos desenvolvidos nas diversas regiões do nosso país e do exterior. Após recebermos esses originais, passamos por uma avaliação de pelo menos dois pareceristas, respeitando

sempre a avaliação no formato de duplo cego.

Entre idas e vindas com os autores, editores e Pareceristas tivemos a aprovação e aceite de alguns desses trabalhos, que nos brindam com a formação do presente número.

Assim, nossa edição é formada por sete artigos originais, selecionados a partir do edital, e de um artigo de opinião, que inaugura esse número. Trata-se de uma homenagem a Maria Cristina Carvalho da Silva, psicóloga de formação, importante militante da Reforma Psiquiátrica, em especial no Rio Grande do Sul, onde nos brindou com inúmeras contribuições tanto sobre a formação profissional, quanto para a importância da luta e na formação das redes. O texto publicado fora escrito originalmente em 2010, onde podemos vislumbrar um pouco de suas discussões e experiência profissional na rede de atenção em Porto Alegre/RS. O texto também conta com a autoria do Prof. Dr. Ricardo Ceccim, a quem agradecemos pelo envio dos originais.

Com relação aos artigos originais, observaremos diversos cenários, tanto nacionais quanto internacionais. No artigo "Conhecimento sobre influenza entre profissionais de saúde de um hospital geral", as autoras procuram avaliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Influenza H1N1 e o quanto isso se relaciona com o cotidiano desses profissionais, bem como o quanto esse conhecimento influencia em cuidado em saúde. Já na pesquisa "Análise das formações coletivas ofertadas aos trabalhadores de um hospital público: o caso do Grupo Hospitalar Conceição", poderemos observar um trabalho desenvolvido sob uma temática ainda marcada pela escassa produção bibliográfica. O objetivo do trabalho foi analisar o desenvolvimento da

formação coletiva ofertada a trabalhadores no referido complexo hospitalar, procurando analisar o perfil dessas formações, o perfil dos profissionais que o cursaram, bem como os resultados que essas formações poderiam potencializar no âmbito das práticas.

Já o artigo “Atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções dos profissionais sobre educação em saúde”, os autores a partir de um estudo exploratório-descritivo, com entrevistas a profissionais da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, procurou debater o tema da educação permanente a partir dos conhecimentos desses profissionais nos seus campos de atuações, bem como a partir da própria formação em saúde nos bancos das faculdades. Em seguida, no trabalho “Políticas de indução à mudança na educação dos trabalhadores da saúde: matrizes discursivas do campo”, os autores procuram debater o tema da formação dos profissionais de saúde, desenvolvimento debate sobre as políticas de incentivo a reorientação de ensino e matrizes curriculares, procurando analisar o foco de cada uma dessas políticas e sua relação com os serviços de atenção em saúde.

Já nos dois próximos artigos, vamos observar uma análise da educação em saúde, a partir de experiências internacionais. O primeiro desses artigos, “Modelo assistencial da casa da saúde: reestruturando o cuidado na atenção primária na Itália”, vai desenvolver debate sobre a formação e experiência do modelo de atenção primária desenvolvido na Itália a partir das casas de saúde e o quanto isso influenciou e influenciou a necessidade de uma nova formação dos profissionais especialmente médicos. Já no artigo, “A participação do paciente na educação médica: reflexões sobre discursos e experiências no Reino Unido”, a autora procura compartilhar um pouco da experiência vivida em curso de

formação médica no Reino Unido marcado pela participação do paciente na educação e procura analisar questões relacionados ao discurso dominante a partir desta participação.

Finalizamos esta edição crendo na supremacia das redes e que apostar na realização de uma publicação é apostar na qualificação e promoção dessas redes.

**Janaina Matheus Collar**

Comissão Executiva Editora Rede UNIDA.  
Mestranda PPGCOL/UFRGS

**João Becon de Almeida Neto**

Comissão Executiva Editora Rede UNIDA.  
Doutorando Bioética e Saúde Coletiva  
PPGBIOS/Fiocruz/UFF/UFRJ/UERJ Docente  
UFJF/MG

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n3p07-19>

## EDUCAÇÃO DO LUGAR: SAÚDE MENTAL E PEDAGOGIA DA CIDADE<sup>i</sup>

EDUCATION OF THE PLACE: MENTAL HEALTH AND PEDAGOGY OF THE CITY

**Maria Cristina Carvalho da Silva**

Mestre e doutoranda em Educação (Educação em Saúde) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora executiva da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na UFRGS.

**Ricardo Burg Ceccim**

Doutor em Psicologia Clínica e Pós-Doutor em Antropologia Médica. Professor Titular na Área de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### Porto Alegre: a nossa cidade e a saúde mental coletiva

Em Porto Alegre, na década de 1990, na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede própria municipal de saúde era constituída por 09 Unidades Básicas, 01 Unidade de Saúde de Referência (atenção em especialidades) e o Hospital Municipal de Pronto Socorro. Em um processo desencadeado como municipalização da saúde uma reorganização tecnoassistencial abrangente de todos os serviços de saúde existentes na cidade, bem como a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS no planejamento, avaliação e condução das ações cotidianas de saúde foram desafios assumidos no plano de governo e motivo para a recomposição dos quadros de gestão, para a realização de concursos públicos, para o planejamento de reformas prediais e para a mobilização popular tendo em vista a composição de conselhos e a realização de conferências de saúde.

O primeiro serviço próprio municipal em saúde mental foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, iniciando suas atividades no ano de 1990 em um esforço de não deixar reingressar na internação psiquiátrica pública um grupo de 53 cidadãos que

<sup>i</sup> O presente texto mantém uma estrutura diversa, não tendo todos os elementos previstos nas diretrizes da revista, pois o objetivo foi respeitar a originalidade do texto, escrito em 2010. Este texto foi selecionado e publicado em homenagem a Maria Cristina Carvalho da Silva, pesquisadora e incansável militante da Reforma Psiquiátrica, em especial no Rio Grande do Sul, que faleceu no dia 08 de setembro de 2012, em Porto Alegre/RS.

perderiam seu vínculo de usuários em uma clínica privada pelo descredenciamento com a previdência social. Foi o primeiro serviço da rede de saúde mental da cidade de Porto Alegre. Experiência da qual resultou, no período mais recente, a atual Oficina de Geração de Renda - espaço protegido de trabalho para ampliar a sustentabilidade e conferir autonomia individual/coletiva aos seus participantes - e o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do Distrito Sanitário nº 8 ou Centro de Atenção Integral à Saúde Mental da região Centro (Cais Mental Centro), reconhecido, pelas atuais normativas nacionais, como Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Quando da preparação e realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental, em 1992, percorreu-se a cidade, promovendo a discussão sobre saúde mental, diversidade e direito à cidade, o que permitiu colocar em questão os paradigmas da saúde e da doença, da loucura e da exclusão, da cidadania e dos direitos sociais. No contato com os bairros ou onde houvesse grupos organizados, tais como Associações de Moradores, Círculos de Pais e Mestres, Clubes de Mães, Clubes da Terceira Idade e Conselhos Locais de Saúde surgiam cidades dentro da cidade. Outras cidades, lugares feitos de pessoas, suas histórias de dor e sofrimento, suas histórias de resistência e solidariedade, sua pressão sobre a cidade “das instituições” e uma educação da cidade, auto-organização de pessoas e grupos para forjar lugares de existência ou resistir às serializações urbanas; composição de coletivos, ora determinados desde a cidade, ora linhas de enlace social em cidades sem geografia, redes de contatos, redes de afetos, redes de invenção de *cidades de proteção, suporte e inclusão*.

No período entre 1993 e 1995 ocorreu a implantação de equipes de saúde mental por distritos de saúde da cidade, segundo o modelo de Centros de Atenção

Integral em Saúde Mental (Cais Mental), o primeiro foi instalado na Vila Cruzeiro, região de periferia, na orientação centro-sul da cidade, ocupando a área física de uma grande unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, região protagonista das lutas por saúde na capital.

Nessa brevíssima síntese, anotamos ainda que o movimento da Reforma Sanitária, com a consolidação do SUS, articulava-se com o movimento da Reforma Psiquiátrica, em curso no país. Em Porto Alegre, o tema da gestão em saúde era o carro chefe e a produção de conhecimentos e práticas em saúde mental – no bojo da reforma psiquiátrica – estava representada pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O encontro da gestão em saúde orientada pela implantação do SUS e o movimento social pela saúde mental protagonizaram a montagem da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, iniciativa para que o sistema de saúde viesse responder aos desafios contemporâneos na área e às necessidades das pessoas em situação de sofrimento psíquico. A Rede de Atenção Integral em Saúde Mental articulava ensino-serviço-gestão-participação em uma composição entre psicanálise, educação e saúde coletiva, campo de domínio do conhecimento e roteiro de práticas designado por Saúde Mental Coletiva e capaz de discutir a clínica da atenção psicossocial e a produção cultural das cidades subjetivas (educação da cidade).

### **A saúde mental e a descoberta da educação do lugar: a emergência de zonas na luta pela liberdade de subjetivação na cidade**

Desencadeado o processo de oferta de uma rede de serviços em saúde mental

substitutiva dos manicômios e distribuída pelas regiões da cidade e desencadeado o processo de elaboração de uma política municipal de saúde mental em contato com as redes da cidade que tramam cidades invisíveis, foi preciso viver intensamente a atenção psicossocial em seus centros e equipamentos assistenciais para descobrir o “lado de fora”. Depois de nos propormos a fechar os manicômios, de abrirmos serviços substitutivos e de inserirmos pessoas com a vivência de transtorno psíquico em redes de acolhimento em saúde, uma nova pergunta, a pergunta sobre o tramado das cidades, de suas redes tradicionais em Associações, Círculos, Conselhos etc. às redes contemporâneas, que já são redes de redes e em redes. Desinstitucionalizar é o mesmo que dessegregar? Dessegregar é estender a clínica às redes sociais de inclusão ou é fazer emergir as cidades da cidade em novas tramas, novos valores, novas humanidades? Desejamos uma “alta” da clínica ou a vinculação permanente aos serviços da clínica, de modo que nossos usuários assim o sejam para sempre, como na obtenção de uma etiqueta de filiação preferencial? Por que não somos local de referência para a cidade, apenas referência para usuários encaminhados ou inscritos? Passamos a perceber que há necessidade de cidades de acolhimento e heterogeneidade para uma real “alta” da clínica. Quando se obtém a “alta” dos serviços de saúde ou o diploma na escola, supõe-se conquista de autonomia para habitar a cidade, em suas redes sociais, de trabalho e de lazer. Precisamos, então, dar alta e de uma pedagogia das cidades para que cidades possam se fazer, possam emergir, possam se territorializar para estes que obtiveram a alta. Cidades se tornando cidade como efeito dos encontros da clínica com uma educação da cidade.

Se a cidade é a esfera da política (polis), é a esfera da produção política das cidades, das suas redes sociais, dos desafios de pensamento e da ativação de práticas.

A aposta em uma *pedagogia da cidade* agrega tramas intersetoriais, é a aposta na construção de aprendizagens por redes de encontro, estabelecimento de laços sociais, emergência de territórios por comunidade de afetos com a vida, é a aposta em uma pedagogia da zona, uma educação do lugar. Aceita-se a cidade com suas cidades, aceita-se as zonas que compõem as cidades, que delas precisam para serem cidades no contemporâneo. Uma educação do lugar, então, não é algo que se impõe, é algo que emerge, emerge das forças de resistir e criar.

Aqui destacamos o conceito de saúde como capacidade de afirmar a vida e a educação como o estabelecimento de redes e fluxos de afirmação da vida<sup>1</sup> para colocarmos educação e saúde como construtoras de mais vida, zonas de mais vida. A educação do lugar ou a pedagogia da zona como pedagogia da cidade, cidade de zonas de invenção da saúde. A saúde é “a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida” ou, ainda, “a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam vida e como tal produzem-na.”<sup>2:31</sup> Essa é uma pedagogia da cidade, educação do lugar, espécie de pedagogia de zona. Para nós, a oportunidade de uma saúde mental em produção na zona e por zonas, no interior das redes sociais contemporâneas, onde a atenção psicossocial participa como nó ou enlace intersetorial, contribuindo à invenção das cidades invisíveis de dessegregação e inclusão, de desinstitucionalização e liberdade às subjetivações, de ressingularização permanente, de trama criativa pela aposta na vida.

Uma “alta” da clínica implica a demonstração de sua potência e o desvelamento de seus limites, limites estes que, no encontro com a educação da cidade apontariam para uma cidade que dá lugar, inclusiva e porosa à alteridade.

## Pedagogia da cidade ou educação do lugar e a saúde mental na zona

O que queremos introduzir com a noção de uma *pedagogia da cidade* é a compreensão da necessidade de produzir e operar fora das redes instituídas de cuidado à saúde, ver o seu fora e, ali ou aí, assumir a retomada dos processos de subjetivação, inclusive processos intensivos de vida e desrazão. A educação do lugar se apresenta, então, como desafio às saúdes e à ativação de pensamento pelos abalos do fora sobre o território estruturado da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental. Trata-se da aventura inicial pelas “zonas de fronteira”, fronteira entre os serviços de atenção psicossocial e as ruas da cidade. As ruas da cidade como a cultura da cidade, suas *zonas* de resistir e criar e suas redes sociais nas quais o contemporâneo está recriando as cidades. Na noção de *educação do lugar*, assumimos os percursos que se efetuam, os discursos que se pronunciam e as linguagens que ganham destaque. A cidade, seus ritmos, pulsações, contradições e configurações constituem processualidades produtoras de subjetividade.

Brissac<sup>3</sup> chama a atenção para a multidão “que aprendeu a navegar no mar aberto, no novo terreno: móvel no espaço e flexível no tempo.” O autor destaca, na multidão, sua absoluta mobilidade, emergência das populações errantes, populações pendulares, populações que têm na migração a sua condição de existência e que vivem, literalmente, em movimento, ao longo de fluxos. Um mundo onde “se nasce numa clínica e se morre num hospital” e onde “se multiplicam, em modalidades luxuosas ou desumanas”, os pontos de trânsito e as ocupações provisórias, das cadeias de hotéis aos terrenos invadidos, dos clubes de férias aos acampamentos de sem-teto, dos condomínios-bairro da

elite econômica às favelas destinadas aos desempregados. O fascínio que as grandes cidades exercem decorre, em parte, do fato de nelas se mesclarem a transparência dos olhares *panópticos* e a *opacidade* das rebeldias.

As rebeldias proliferam nos pontos cegos, “nos avessos e interstícios”.<sup>4:167</sup> Assim, as rebeldias nascidas nos interstícios, nos becos, nas zonas, vão, em movimentos infinitesimais, crescentes, ganhando terreno, como ervas daninhas que crescem entre o asfalto e o concreto da cidade. Rizomas que, disseminados, vêm à luz e configuram novas visibilidades na cidade, solapando a ordem no cotidiano. Zonas! A zona do meretrício, a zona do tráfico, a zona da boemia... Zonas definidas por aqueles que as ocupam e zonas que demarcam perímetros na cidade esquadrihada, do centro à sua periferia.

Outro sentido para Zona, hoje, é que tudo pode ser desacomodado e pode virar “uma zona”. Zonas podem ser o caos ou a singularização. Zonas podem ser resistência ou esconderijo. Zonas podem ser adensamento de diversidades ou das singularidades que a multidão comporta. Singularidades não se esvanecem quando reunidas em um só tempo e lugar. Num movimento criativo, se constituem como uma zona. O singular e o diverso precisam de sua zona de existir, de resistir. A zona de fronteira é lugar de distinção entre diversos e, a um só tempo, lugar de encontro, possibilidade de contágio e mestiçagem. Emergência do coletivo de zona. No caso da fronteira entre a atenção psicossocial e a rede cultural da rua, a pedagogia que daí deriva, abandona a normalização e a prescrição, lança-se nos espaços de criação e de invenção das cidades.

Provisoriamente, falamos em pedagogia da cidade e observamos os laços sociais que produzem a atenção em saúde mental (e sua clínica psicossocial) e a educação em saúde mental (e seus enlacs

na cultura). A capacidade de “gerar mais vida com o caminhar na vida” e a capacidade de indivíduos e coletivos “gerarem redes que atam vida e assim produzem-na” são as alavancas para encetar *zonas*, aprender a pedagogia da zona por meio da qual temos acesso às cidades da cidade e podemos buscar liberdade e singularização. Educação do lugar, prefigurada no reconhecimento dos processos totalizadores ou de homogeneização e sua crítica, que tem como pressuposto a noção de alteridade e se realiza no compromisso radical com o outro como princípio ético de afirmação da vida.

Jacques<sup>5:121</sup> no texto “Elogio aos errantes: a arte de se perder na cidade”, propõe a errância urbana como apologia da experiência da cidade, em oposição à educação do urbanismo, voltada para a questão da orientação, “do se orientar”, ou seja, o “contrário mesmo de se perder”. Os praticantes das cidades, aqueles que a experimentam no cotidiano, os que realizam “apropriações ou improvisações”, habitantes, passantes ou errantes, reinventam a cidade no seu cotidiano. Há, na errância, um elemento de resistência que remete ao corpo, à expressão da corporeidade em interação com a cidade. A autora descreve três propriedades da errância: “se perder, lentidão, corporeidade.” Estas estão relacionadas “à própria ação, ou seja, à prática ou experiência do espaço urbano.” O ato do errante, de se relacionar com a cidade, “implica uma corporeidade própria, advinda da relação entre seu próprio corpo físico e o corpo urbano, que se dá no momento da desterritorialização lenta da errância.” A errância, considerando essas três propriedades, resiste tanto “ao pensamento hegemônico contemporâneo do urbanismo” como à atual “especularização” dos espaços urbanos, que levam à “redução da experiência e presença física”, utilizando as tecnologias de comunicação e transporte, que visam à

“orientação (principalmente pelo excesso de informação) e rapidez (ou aceleração)”. São as pessoas, portanto, que, nos seus percursos pela cidade, ao experimentarem os espaços, “lhes dão corpo e vida, pela simples ação de percorrê-los.” Com os percursos dos errantes a cidade deixa de ser “simples cenário” porque está sendo vivida e experimentada. A cidade, na interação, “ganha corpo”. Corpo como efeito desta interação: “é do corpo do cidadão e deste outro corpo urbano que poderia surgir outra forma de apreensão da cidade”, uma forma errante, uma forma de ação “desorientada, lenta e incorporada.”<sup>5:127</sup> Para o errante, a lentidão é o seu tipo de movimento, uma postura. Trata-se de uma corporeidade ou de um ‘espírito de corpo’ que nasce da desterritorialização.

Inês, a quem acompanhamos, por algum tempo, dizia: “depois do evento, sabe... Aquele... Há *uma outra* em mim, às vezes, faço de conta que não está ali, mas é sombra, é minha própria sombra, me acompanha aonde vou, está onde estou”. Inês participa de atividades em um ateliê de artes da cidade e, quando não está satisfeita com sua produção, diz: “Quando pinto é *ela* que borra as minhas formas”. Refere que, quando está caminhando na rua para escapar da *outra*, só anda nas calçadas onde há sombra dos edifícios, das casas ou das árvores: “até não me importo muito, mas, às vezes, durante o dia, só ando pela sombra, fica meio complicado, as pessoas não entendem bem, acham que não estou bem certa. Mal sabem elas!” (risos). Ou ainda, João, que vivia muito bem onde pudesse pisar na terra. Diz que se desorienta na cidade, quando há só asfalto, sente que perde a conexão (conexão com a terra, com as coisas da terra, com o chão, com o cosmos) e, então, precisa ficar se tocando para sentir que está ali. O problema, diz ele, “é que acho que todo mundo fica olhando, às vezes tenho que voltar rápido para casa, se não há uma praça, um verde por perto”.

Nora mora na rua, junto a um lago, próximo de uma grande avenida. No verão, lava suas roupas e, às vezes, se banha neste lago. Costuma cantar quando faz isso. Fica de calcinha e sutiã. Indignada, pergunta para os passantes que param para olhar: “Não têm mais nada, não, para fazer, do que ficar bisbilhotando a vida dos outros?” Esbraveja: “Não tem vergonha, não?” Para ela, são eles, os passantes, que, ao olharem-na, a invadem, atrapalham, perturbam um momento de sua intimidade: a hora do banho e de lavar suas roupas! Mesmo que este momento aconteça no lago, na praça, junto à grande avenida, no centro da cidade. Seu Otacílio, participante ativo das reuniões da Associação de Moradores de seu bairro, em algum momento, durante a reunião, pede a palavra, inicia com uma intervenção pertinente ao assunto e, na sequência, começa a contar do seu encontro com os anjos e das mensagens a ele destinadas. Sua voz e postura mudam. Transmite a mensagem e, quando termina, agradece a atenção recebida, senta e volta a participar da reunião, tranquilamente.

Da zona de loucos, do espaço fechado do manicômio, passando pelos serviços de atenção em saúde mental para as ruas da cidade, antevemos, agora, não apenas a clínica psicossocial na rua, mas a própria rua, após um direito conquistado à alta. Os espaços e tempos da cidade, em muitos casos, são estranhos. A velocidade, os modos de diferenciação e demarcação de espaços e lugares, a cronologia da agenda, dos compromissos, a lógica da produção, do mercado e do consumo. Para muitos, trata-se de um imenso esforço, de uma aventura, a realização de pequenos atos prosaicos do cotidiano. Acordar pela manhã e se ocupar da higiene pessoal, ir às compras, escolher o que comprar e identificar o quanto pode comprar com o dinheiro que dispõe; pegar um ônibus, se localizar no espaço e no emaranhado de pessoas, carros e ruas. Trata-se, enfim, de um modo muito particular

de habitar a cidade, um modo, às vezes, errante, claudicante, lento e desorientado ou, ainda, distraído. Outras vezes, é a agitação, a excitação, a perplexidade diante do movimento que agita e desorienta. Fazer caber estes modos de estar e habitar a cidade, respeitando as suas particularidades e valorizando a singularidade é algo que pode se tornar possível numa cidade – morada do diverso – na qual a educação do lugar comparece e interroga a demarcação dos espaços e tempos do viver em comum.

A forma desorientada e lenta de experimentar a cidade, avessa ao modo hegemônico, essa forma errante, comporta, ela mesma, uma pedagogia, um ato que convoca à aprendizagem no convívio, na interação. A zona de loucos já não está demarcada pelo não lugar (o *lugar* dessingularizado do hospício), é a mesma para seus ocupantes errantes de qualquer tipo, expoentes da vida, confundem-se e fazem zonas de compartilhamento. Quantos habitantes de cidades já não viveram a experiência da desorientação, não foram afetados pelas sensações, pela vertigem que a perda de referências produz? Quantos já não viveram a desterritorialização, diante do, aparentemente familiar, que irrompe em estranheza, na sua própria cidade, quando adentram territórios novos e desconhecidos, até então inexplorados? Esta é uma experiência que a cidade multifacetada, a cidade que não conseguimos apreender na totalidade, permite a cada um. Territórios existenciais que se afetam, se encontram, na forma delicada de um toque ou brusca de um choque se disseminam em redes e conexões, se fazem com o andar da vida na cidade, configuram pedagogias de zona: zonas de comunidade, zonas de estranhamento, zonas de interação, zonas de transformação.

Na zona, singularidade e comunidade se revezam. Na comunidade, a interação e o compartilhamento, motivo para a singularidade. Na singularidade, a

diferenciação e a criação, motivo para a comunidade. Para Inês, João, Nora e Otacílio, a cidade, ela mesma, na materialidade da qual se constitui – pedra, espaço, asfalto, terra, multidão, encontros e interações – tem função de alteridade, permite a exposição de si, a experiência do contato e a fruição. Configura possibilidades de experiência para além do repertório delimitado, tanto, pelos serviços de saúde, onde já há certa espera de determinados comportamentos, quanto pela família, para a qual, proteção e cuidado, muitas vezes, significam limitar as expectativas quanto às possibilidades de autonomia e devir. Para Otacílio, participar da Associação de Moradores de seu bairro significa exercer sua cidadania, buscando contribuir para a solução dos problemas de seu bairro. Tornou-se um líder no bairro. Bairro que passou a respeitá-lo, por sua dedicação às causas *do lugar*. Os participantes da Associação se habituaram aos “improvisos”, quando Otacílio interrompe o fluxo de idéias pertinentes ao tema da reunião, para transmitir “as mensagens”. Consideram que, muitas vezes, “não são assim tão sem sentido”. Quem aprendeu com quem? Quem ganhou em humanidade e solidariedade? Os demais integrantes da Associação de Bairro ou Seu Otacílio? Um e outro, na interação? Otacílio dedica-se ao lugar, cria um lugar e é acolhido por esse lugar.

Para João sair de casa – mora num pequeno sítio afastado do centro da cidade – é necessário um ritual, que ele cumpre como precaução aos possíveis efeitos do asfalto sobre a sua capacidade de conexão. Com isto, como parte do ritual, voltou a falar e escrever em alemão, língua que aprendeu na infância. Enquanto anda pela cidade, fala em alemão, baixinho, sussurrando. O som das palavras em alemão o acalmam. Não tinha com quem falar e exercitar a língua, falava sussurrando em alemão, enquanto andava, um monólogo que o ajudava a lidar com a angústia que lhe causava o asfalto e o

concreto a sua volta. Numa dessas andanças pela rua, foi parar em frente a uma escola de línguas. Na entrada da escola, junto à calçada, um mural com propagandas e listas de organizações não-governamentais alemãs, dentre elas as de defesa do meio ambiente. Ficou interessado e escolheu passar em frente a este lugar em suas andanças. Não tinha coragem de entrar: muito concreto em volta, dizia. Então teve uma idéia, levou uma caderneta, anotou os dados de endereço das ONGs, escreveu algumas cartas, recebeu respostas e convites de pessoas de vários lugares do mundo que, como ele, falavam em alemão, defendiam a Terra e uma vida junto à natureza, engajando-se na luta pela preservação do meio ambiente. João, pouco afeito a vida de cidade, cruzou um lugar. Estar em contato com outras pessoas, escrever em alemão, comunicar-se e estar em sintonia com as baleias em extinção, com as araras azuis e com a floresta que precisa ser protegida lhe conferiu a bem-vinda e efetiva sensação de conexão que tanto desejava.

Otacílio, João, Inês, Nora, Maria Cristina e Ricardo, singularidades que praticam lugares, entre outros, inventam mundo e a si mesmos. O processo educativo, assim, só pode ser imanente, relativo a quem o experimenta, porém, tributário das possibilidades e disponibilidades para o encontro com o outro.

Para a educação do lugar, essa pedagogia da zona é a proliferação da diversidade e da singularidade, que se faz em comunidade e ressingularização, sob efeitos de alteridade. No refrão do grupo de hip-hop Black Confusion, composto por jovens que freqüentaram serviços de atenção psicossocial, mais que um apelo, uma afirmação, uma palavra de ordem, que exige resposta: “O mundo lá fora precisa de mim, o mundo lá fora precisa de ti, não vamos deixar que calem nossa voz, o mundo precisa de nós.” (2005)

## Pedagogias da cidade: as zonas de encontro

No cotidiano da produção de atos cuidadores em saúde mental, as tarefas de acolhimento, atendimento grupal, assistência individual intensiva, espaços de oficina e oportunidades de convívio ocorrem em redes de cuidado e são redes de encontro que podem gerar laços, conexões e lugares (para além daqueles circunscritos pelas instituições de saúde). Ativar redes de suporte e de circulação passa a ser tarefa do cuidado em saúde, em um cotidiano de atenção psicossocial. Se uma equipe de saúde é efetivamente equipe e cuida, ela própria é uma equipe em rede de conhecimentos e de práticas, em rede com redes sociais, *equiperede*. Uma *equiperede* se responsabiliza com o cuidado e se abre para encontros que transformam aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados. Afetos, dores, impotência, angústia e incerteza estão lado a lado com as alegrias cotidianas diante de uma palavra que surge depois de longo mutismo, diante de um corpo marcado e mortificado que se reinventa num movimento inusitado. Detalhes aparentemente sem importância, que são índices de uma escuta de acolhimento e revelam a possibilidade de posse da cidade, inscrições num social que gera vida. Alguém que pela primeira vez sai às ruas e se descobre em um lugar, com nome e com poder para ir e vir pela cidade. A educação e a atenção em saúde mental se entrelaçam no espaço de rede de saúde e das redes sociais, onde operam os atos terapêuticos.

Um *encontro* surge como reinvenção do viver na relação com o outro, seja ele o amigo, o vizinho, o estranho, a praça, o ônibus, o cachorro, uma planta, *outro* que, na cidade, constitui enlances culturais. Um encontro confronta, mobiliza. A produção

de práticas terapêuticas e educativas é desafiada a levar em conta o movimento e o fluxo da vida na *polis*. Se assim for, possibilitam práticas orientadas para a conquista crescente da autonomia, agenciando múltiplos enlances com o outro. No desenho das aproximações sucessivas, entre atenção e educação em saúde mental, a cidade, mais do que cenário no qual essas práticas ocorrem, representa a alteridade que afeta, desloca e transforma tais práticas.

Quando colocamos em questão a exclusão e os processos de segregação do louco (das existências em sofrimento), interrogamos a cidade, os seus lugares de inclusão e exclusão e aqueles considerados dentro da norma ou em estado de bem-estar e aqueles de segregação ou em estado de contenção. O tensionamento em relação aos lugares a serem praticados para/com os “loucos”, coloca em cheque o ordenamento social vigente, as práticas coercitivas que visam a uma cidade disciplinar. A pergunta pela saúde mental interroga, profundamente, as cidades, sua produção de subjetividade e singularização. Uma cidade de cidadãos em série é a imagem da cidade de controle sobre a cidade de singularidades. A clínica psicossocial, como educação do lugar, ao buscar liberdade e singularização, produziria zonas em cujos domínios emergiriam confiança e acolhimento. Uma clínica e uma educação tributárias da experiência do encontro. A pedagogia que daí resulta será sempre plural, laços em redes, constituindo coletivos, subjetivando lugares.

O trabalho clínico, então, precisa ser repensado ou de alguma forma reforçado em sua potência desestabilizadora. A dimensão de acontecimento, como enuncia Cabral<sup>6</sup>, presente na clínica, entendido como um corte, uma ruptura, com aquilo que, de certo modo, paralisa e enclausura o sujeito em uma dada posição, traz em si um elemento transgressivo, já que subverte a lógica da inércia e da normalização. Os

acompanhamentos individuais, os grupos, as oficinas, a permanência em centros de atenção diária ou em centros de convivência, mais que técnicas de intervenção, podem constituir dispositivos articulados e articuladores para novas produções de sentido. O trabalho da *equiperede* pode tecer a rede dos atos clínicos e os fios para laços sociais, encontrando aí, as pedagogias da cidade.

Quando há sofrimento e angústia, quando a subjetividade se fragmenta e se dispersa precisamos de cidades de acolhimento, cidades sensíveis, uma necessidade que converge para a educação do lugar, para a produção de relações sociais singularizadoras, inclusivas e afirmativas da vida.

Os Caps, diz Merhy<sup>2:56</sup>, “por estarem no olho do furacão antimanicomial, tornaram-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios”, ousar dar conta de sua gigantesca missão é “estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso”, mas, nesse caso, nossa ação implicará “produzir novos coletivos, para fora de si mesmo.” Produzir coletivos para fora de si mesmo está nos enlances com o movimento social, com as redes sociais, com a cidade. Pedagogia da cidade: construção das zonas de encontro.

## Cartografias da zona: a educação do lugar

A educação do lugar resulta do encontro entre saúde mental e cidade, percutindo como interrogantes. Situamos *clínica* e *cidade*, como experiência-limite, uma zona de clínica e uma zona de margens desterritorializadas, sugerindo a zona de fronteira da clínica com a cidade, como

ocorre na atenção psicossocial e em uma pedagogia da zona. Sugerimos exposição, acolhimento, enfrentamento e construção de zonas. Toda zona é um território de possíveis ou de resistência e criação, toda zona comporta uma pedagogia da sua unidade e consistência. Por que não zonas de saúde mental coletiva, de modo a retirar a saúde mental dos domínios da psiquiatria, da psicofarmacologia, da psicopatologia, da internação, da clausura, do confinamento ou do vínculo permanente e obrigatório a um Caps? Nossa pergunta primeira foi: e a alta? Nossa pergunta seguinte foi: e a cidade? Chegamos às cidades dentro das cidades, os lugares, a invenção de lugares. No fora da clínica (sua abrangência disciplinar; sua supremacia na sociedade de controle das vidas e do viver), propusemos a educação do lugar (o conceito de processos educativos sobre a vida e o viver; a composição política dos coletivos nas multidões; a composição das zonas de comunidade que engendram confiança, acolhimento e afirmação).

Pudemos, então, detectar que quanto mais as redes sociais são ativadas e acolhem as pessoas em sua existência em sofrimento, tanto mais essas pessoas podem prescindir do espaço específico da atenção em saúde mental e passarem, gradativamente, a inserir seus projetos de vida em redes sociais diversificadas e plurais. Percebemos que as redes a que nos referimos como fundamentais para a “alta” dos/nos Caps são tecidas de diferentes formas e adquirem configurações muito próprias. Por vezes, trata-se de pontes entre um lugar e outro, como via de passagem.

O trabalho de ativador de redes pode ser também definido como a de construtor de pontes ou de costureiras artesanais, já que se trata de encontrar referências em condições e instituições que já existem, costurar tecidos e coser panos, couros etc.. A rede, na sua trama, consiste em proporcionar o acesso, criar caminhos, função por excelência do projeto *Insero* no

Cais Mental, mas trata-se, em muitos casos, do ato de criação da rede, como no caso do *Cinema em Debate*. Criou-se uma rede que enlaça os serviços de saúde mental com espaços de cultura na cidade, uma rede que também inclui lugares de formação, como a Universidade, provocando aí uma reflexão sobre o trabalho em saúde mental, gerando pesquisas e desenvolvendo novas parcerias.

O Projeto *Inserere* inclui atividades de cultura, educação, esporte, lazer e trabalho em parceria com entidades e agremiações sociais, esportivas e de lazer, viabilizando a participação dos usuários. No que se refere às atividades atinentes ao trabalho e à educação formal, foram realizadas parcerias com instituições formadoras (cursos profissionalizantes e técnicos, tais como manicure, marcenaria e tecelagem, dentre outros) até cursos de alfabetização para adultos e de formação de multiplicadores (um usuário, por exemplo, passou a ser o monitor do curso de alfabetização, destinado aos usuários com maior dificuldade de circulação na cidade, iniciado nas dependências do Cais Mental).

O *Cinema em Debate* é um projeto intersetorial desenvolvido com a parceria das secretarias estadual e municipal da cultura: sessões de cinema com a proposta de uma conversa após a exibição de filmes. A Casa de Cultura Mário Quintana, da Secretaria Estadual da Cultura, conta com filmes cedidos pela distribuidora Columbia Pictures e a Usina do Gasômetro, da Secretaria Municipal da Cultura, loca filmes para exibição na Sala Paulo Gastal. As sessões ocorrem a cada dois meses envolvendo os serviços de saúde mental de Porto Alegre e Região Metropolitana, destinados aos seus usuários e moradores das respectivas cidades. Hoje, faz parte de um trabalho conjunto de pesquisa entre Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e os serviços de saúde mental das cidades envolvidas.

Depois destas experiências, destacamos o Caps como lugar de *travessia*, ao lado da função de *acolhimento* e *hospitalidade* para com a loucura. Para as pessoas em meio ao sofrimento psíquico intenso, acolher é também produzir ancoragens para que o encontro, na sua dimensão terapêutica, possa produzir novas significações, permitindo reconstruir a possibilidade de novos enlances com o outro. Percebemos, ainda, que tais funções não esgotam o fazer clínico, nem a clínica recobre todo o fazer na atenção psicossocial. Situamos três momentos, movimentos ou funções fundamentais: *acolhimento*, *confiança* e *singularização*. Um quarto momento ou uma função que decorre das três primeiras, a função de *enlace social*, a educação do lugar. A função de enlace social se traduz tanto do ponto de vista da *equiperede*, quanto dos processos que possam resultar na substituição da instituição como referência ou até mesmo no seu desfazimento, onde ela deixa de ser necessária para seu egresso.

Experiências como a do Projeto *Inserere* e do *Cinema em Debate* apontam para os efeitos do encontro da clínica com a cidade. Destacamos a presença dos atos pedagógicos nas funções de ativador de redes e mediador de relações e interações, necessário para a condução da clínica em lugares como os Caps. Queremos, agora, assinalar a diferença entre duas iniciativas que hoje operam em redes, não mais situadas como integrantes dos serviços de saúde mental, embora guardem relações de proximidade e intercâmbio com os mesmos. Trata-se do grupo *Black Confusion* e do *Coletivo Potência Mental*. O grupo *Black Confusion* nasceu no interior do Cais Mental Centro e, ao longo três anos, foi seu lugar de referência para os ensaios e produção musical. Gradativamente, foi ocupando lugares na cultura. Para seus participantes, representou o encontro com um potencial

criativo até então desconhecido. Durante um determinado período ganhou estatuto de projeto intersetorial com recursos próprios e, aos poucos foram construídas outras referências, inclusive junto ao Movimento Negro da cidade. Suas apresentações públicas em eventos de Rap e Hip Hop o situaram como um grupo da cultura, com origem na saúde mental, esta convertida, pelo grupo, em símbolo de lutas e reivindicações. Converteram suas experiências de tratamento em emblemas com os quais marcam a sua presença no cenário cultural. São músicos, dançarinos, letristas que se definem e se apresentam como usuários de serviços de saúde mental, pessoas com vivências de sofrimento psíquico intenso, portadores de doença mental. Boa parte dos convites para apresentações ocorrem em eventos ligados ao campo da saúde em geral e da saúde mental em particular, ajudando a pensar conceitos e práticas desses setores.

O *Coletivo Potência Mental* nasceu de iniciativas referidas aos serviços, porém, sustentadas, inicialmente, por um curso de formação profissional especializada (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva). Interage com outros movimentos e rádios – especialmente a Rádio Nikosia, de Barcelona, na Espanha, e com a Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre – que ocupam lugares não referidos à rede assistencial de saúde, embora em rede de redes com a mesma. A *zona de comunidade* chega a um grau onde já não diferenciamos quem é usuário de serviço, quem é trabalhador ou profissional. Este desprendimento dos índices identitários, das insígnias – ser usuário, ser portador de doença mental ou ser trabalhador de serviço de saúde – que tão fortemente marcam os lugares sociais, os lugares de poder e os discursos de verdade, estão verdadeiramente, cotidianamente, sendo solapados, de uma maneira delicada, solta e alegre. Embora

a questão da profissão possa fazer função para alguns, a exemplo do jornalista que se reencontrou como tal ao sair a pesquisar para produzir as matérias do programa, ela surge como dimensão de um trabalho, de um fazer que se expressa em um espaço de trocas e intercâmbios.

Márcio Belloc (2008)<sup>ii</sup>, referindo-se a sua experiência na Rádio Nikosia, salienta: *o próprio fato de se estabelecer como uma associação cultural e não sanitária ou de usuários a apontaria para outra forma de estabelecer um protagonismo na luta pelos direitos e pela construção e cidadania dos afetados por problemas vinculados à saúde mental*. Para ele, *o fato de a rádio, desde a sua fundação, se colocar fora dos meios habituais de busca por estes direitos ocorre porque, deliberadamente, busca uma forma não clínica de construir saúde mental*. Tomamos a afirmação de Márcio e a sua ênfase no “não-clínico”, como um esforço para demarcar um limite e a heterogeneidade dos termos clínica e cidade. Somos levados a pensar que a experiência do *Coletivo Potência Mental* está na cultura de tal modo que aponta uma educação da cidade e do lugar.

Se nos referimos a lugares onde há implicação subjetiva, esses podem ser também designados como lugares da morada do híbrido, lugares mestiços, lugares aos quais nos reportamos a partir de uma implicação subjetiva, onde atualizamos nossas apostas no encontro com a alteridade-em-nós. Sabemos que, para os serviços de saúde, operar como rede é um passo importante, mas se configurarem como redes de serviços, redes disseminadas, redes de interação, não necessariamente referidas a uma instituição. Por redes, entendemos, a partir da concepção de Negri<sup>7</sup> e Ceccim<sup>8</sup>, uma trama disseminada e diversificada, tanto na sua materialidade como imaterialidade, resultado de possíveis configurações. Podemos pensá-la como

<sup>ii</sup> Depoimento recolhido em 2008.

rizoma na sua capacidade de fluir, alargar-se, cobrindo e recobrando superfícies. Um determinado grupo de instituições ou serviços de saúde pode vir a configurar uma rede de cuidados, de acordo com o modo com que as pessoas interagem e operam. De maneira geral, os serviços de saúde operam como conjunto ou mesmo configuram uma coleção – daí a urgência da mudança nos processos de trabalho e nas práticas produzidas pelos serviços de saúde – onde as peças não necessariamente estabelecem relação umas com as outras, não interagem. No interior dessas instituições, para a sua própria existência, não podemos prescindir das pessoas, pois são elas que produzem, pelo seu trabalho, a relação de umas com as outras e com o seu fazer. O coletivo é o *outro-em-nós* e faz função de alteridade.

Trazemos aqui as palavras de Rafael Wolsky (2008)<sup>iii</sup>: *percebo que essa é a força do coletivo, na rádio se produz saúde, se produz cultura, mídia, produção de saberes e amizade. Coletivizar é ir na contramão de uma tendência ensimesmada moderna, que pede cada vez mais enclausuramento e afastamento. É a potência política de um coletivo como o Potência Mental.*

<sup>iii</sup> Depoimento recolhido em 2008.

## Fechamento

Para não concluir, reiteramos nossa aposta e nosso desafio, levados pelo sentido ético que nos anima: a afirmação da vida. Uma educação do lugar deve ter a potência de transformação que abra clareiras de vida na cidade, que constitui lugares na cultura. Lugares que possam nos ensinar a singularidade, a alteridade, a confiança e o acolhimento: amar o devir, amar a transmutação, amar o estranhamento, ousar correr o risco de afirmar a vida.

As redes podem ser sonoras, verbais, discursivas, simbólicas, transferenciais, culturais, afetivas... Enfim, há uma infinidade de possibilidades e de nomeações. Entretanto, serão sempre redes cuja tessitura se faz por atos de encontro, atos de conexão e interação. Se estas redes efetivamente produzem cidades, o índice que podemos adotar é o dos efeitos destes atos *a posteriori*, do ponto de vista ético e de afirmação da vida. Assim, a educação do lugar, pedagogia da cidade, é entendida como forma de operar redes na cultura, na cidade, no cotidiano, implicando atos de encontro, constituindo uma *bio* (zoe) e *micro* política.

<sup>4</sup>. Azevedo RM. Uma Idéia de metrópole no século XIX. Revista Brasileira de História, 1998; 18(35): 165-183.

<sup>5</sup>. Jacques PB. Elogio aos errantes: a arte de se perder na cidade. In: Jeudy HP, Jacques PB (Orgs.). Corpos e cenários urbanos, v. 1. Salvador: Edufba; 2006: 117-139.

<sup>6</sup>. Cabral KV. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2005.

<sup>7</sup>. Negri A. Para uma definição ontológica da multidão. Lugar Comum - estudos de mídia, cultura e democracia, 19 e 20; 2004: 15-26.

<sup>8</sup>. Ceccim RB. Reforma geral da subjetividade: por uma educação rizomática da saúde mental - Prefácio. In: Fonseca TMG, Engelman S, Perrone CM (Orgs.). Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação Porto Alegre: Sulina; 2007: 11-17.

## Referências

<sup>1</sup>. Ceccim RB. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim RB, Carvalho PRA (Orgs.). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: UFRGS; 1997: 27-41.

<sup>2</sup>. Merhy EE. Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial alegria e alívio como dispositivos analisadores. In Merhy EE, Amaral H (Orgs.), A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007: 25-56.

<sup>3</sup>. Brissac N. As máquinas de guerra contra os aparelhos de captura: uma fotonovela sci-fi. Articidadezonaleste - Arte/cidade: intervenções urbanas. São Paulo: Editora Senac; 2002.

## A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE DISCURSOS E EXPERIÊNCIAS NO REINO UNIDO<sup>i</sup>

PATIENT PARTICIPATION IN MEDICAL EDUCATION: REFLECTIONS ON DISCOURSES AND EXPERIENCES IN THE UNITED KINGDOM

**Sara Donetto**

PhD. Pesquisadora Adjunta,  
Faculdade de Enfermagem e  
Obstetrícia de Florence Nightingale,  
King's College London.  
**E-mail:** [sara.donetto@kcl.ac.uk](mailto:sara.donetto@kcl.ac.uk)

### Resumo

Este artigo faz uma revisão geral e levanta questões sobre os discursos dominantes da participação do paciente na educação médica no Reino Unido. Chamando atenção para as dimensões negligenciadas de práticas participativas na pesquisa e pedagogia da educação médica, a discussão dos autores aponta as seguintes questões: quem é o “paciente” nestas práticas de participação? A participação aborda questões relacionadas à epistemologia médica? Os autores sugerem que estas questões deveriam ser centrais para qualquer desenvolvimento na pesquisa e prática em educação médica para abordagens da atenção centradas no paciente e nas relações com pacientes para assim serem traduzidas através de uma retórica política, para a prática clínica do cotidiano.

<sup>i</sup> Texto escrito e elaborado em 2012, a partir de pesquisa da autora realizada entre 2004 a 2012.

## Abstract

This paper provides an overview of, and raises questions about, the dominant discourses of patient participation in medical education in the UK. Drawing attention to neglected dimensions of participatory practices in medical education research and pedagogies, the author's discussion addresses the following questions: Who is the 'patient' in these practices of participation? What does patient participation in teaching activities do to the power relations of medicine? Does participation call into question medical epistemologies? The author suggests that these questions should be central to any developments in medical education research and practice if patient-centred and relationship-centred approaches to care are to translate from policy rhetoric into everyday clinical practice.

**Palavras-chave:** Educação médica; Participação do paciente no ensino médico; Relação médico-paciente; Reino Unido.

**Keywords:** Medical Education; Patient involvement in education; Physician-patient relationship; United Kingdom.

Neste artigo, pretendo fornecer uma breve, mas ilustrativa, visão geral dos discursos dominantes da participação do paciente na educação médica no Reino Unido e levantar questões sobre esses discursos (e as práticas às quais se referem e que suscitam), as quais defendo que deveriam estar no centro de todas as abordagens participativas do ensino profissional de saúde. Chamando a atenção para dimensões de práticas participativas que a pesquisa em educação médica atual e pedagogias em grande

parte negligenciam, eu discuto as seguintes questões pouco exploradas: quem é 'o paciente' nessas práticas de participação? O que a participação de pacientes em atividades de ensino faz para as relações de poder da medicina? A participação coloca em questão as epistemologias médicas? Eu sugiro que estas questões sejam o centro de desenvolvimentos pedagógicos e de pesquisa em educação médica, se o nosso compromisso para cuidados de saúde mais centrados no relacionamento e no paciente for o de levar da retórica política para a prática clínica diária. Apoio minhas reflexões na minha experiência como estudante de medicina, profissional de medicina e mais extensivamente como pesquisadora na área da prática e educação de cuidados de saúde. Eu me baseio, principalmente, na educação universitária de médicos e no contexto do Reino Unido, mas as questões que levanto aqui se aplicam a toda a gama de profissões da saúde e vão além de contextos nacionais específicos.

### O discurso do envolvimento do paciente em política, pesquisa e educação

Antes de examinar alguns dos aspectos e problemas que caracterizam o envolvimento do paciente em educação médica no Reino Unido, eu gostaria de esclarecer o uso dos termos 'envolvimento' e 'participação' aqui. Na literatura sobre pacientes que assumem um papel 'ativo' (ao contrário de um 'passivo' ou deferente 'fazer o que se manda') em suas consultas com profissionais, o termo 'participação' é visto como colocar o profissional e o não profissional em níveis mais iguais. Cahill apud Thompson<sup>1</sup> distingue claramente participação "dos conceitos precursores de envolvimento (tarefas básicas,

frequentemente delegadas) e colaboração (cooperação intelectual) e o conceito final de parceria (*joint venture*)."<sup>1:1299</sup> Embora ciente destas distinções, neste capítulo eu uso os termos envolvimento e participação indistintamente; Eu não penso em envolvimento necessariamente como enfatizando a assimetria de 'recrutamento', mas como um processo de "inserir-se" (do latim *in-volvere*), tornando-se incluído e engajado em uma atividade em conjunto com outras pessoas, sem referência específica de como ou por quem este engajamento seja iniciado e incentivado.

No Reino Unido, o discurso do envolvimento do paciente na educação médica está incorporado nos mais amplos discursos de pacientes que se envolvem em todas as decisões pertinentes aos seus cuidados clínicos, bem como na concepção e execução de serviços de cuidados de saúde adequados. Esses mais amplos discursos são difundidos e apoiados pela linguagem da política de governo e outras diretrizes e documentos de orientação. Os primeiros gestos em relação à participação mais ativa do paciente nos cuidados da saúde, na política de governo do Reino Unido, podem ser rastreados no final da década de 1980 início da década de 1990.<sup>ii</sup> Nas duas décadas seguintes, esses primeiros gestos foram consolidados por uma sequência de documentos políticos publicados sob diferentes governos (conservador 1979-1997; trabalhista 1997-2010; coligação conservadora-liberal 2010 até hoje<sup>2</sup>) que destacaram, entre outras coisas, a necessidade do envolvimento do paciente em decisões sobre seus cuidados,<sup>3</sup> os benefícios esperados do envolvimento,<sup>4</sup> e a promessa do governo de 'nenhuma decisão sobre mim, sem mim'.<sup>5</sup> Com diferentes ênfases e formas de defesa organizada, por exemplo, os Serviços de Assessoria e Defesa do Paciente (PALS), no início da década de 2000; ou as Redes Locais de Envolvimento

(LINKs) no final da década de 2000, o impulso para a participação do paciente na organização dos serviços, nos processos de tomada de decisão com profissionais de saúde e em pesquisa de saúde, foi anunciada igualmente por laboristas, conservadores, liberais-democratas (para um resumo da política-chave e legislação, por exemplo <sup>1,6</sup>) Em termos de envolvimento do paciente em decisões e tomada de decisões, orientação oficial foi recentemente publicada pelo Centro Nacional de Prescrição<sup>7</sup> e pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE).<sup>8</sup> Além disso, o papel dos pacientes como conhecedores 'especialistas' dos mecanismos e opções de tratamento para suas condições médicas foi identificado como um mecanismo fundamental no planejamento e na gestão da crescente carga de doenças crônicas que o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (NHS) - confrontou. A 'experiência' do paciente tornou-se ligada aos discursos e estratégias de autogestão de doenças crônicas (por exemplo, diabetes, hipertensão) e, nos últimos 10 anos, uma série de 'programas para paciente especialista' foram introduzidos para promover a autogestão e o apoio de pares.<sup>9,10,iii</sup>

Mais recentemente, o papel do envolvimento ativo de pacientes na concepção e desenvolvimento de pesquisa de cuidado de saúde e na educação de profissionais da saúde tem atraído a atenção de pesquisadores, assim como de organizações profissionais e reguladoras. Em particular, a participação do paciente na educação profissional de saúde parece ser a mais recente estratégia na procura por mais cuidado clínico centrado no paciente.

A educação médica no Reino Unido segue a orientação estabelecida no documento do *Tomorrow's Doctors*.<sup>11,12,13</sup> Escolas médicas individuais têm liberdade de escolha na organização de conteúdo

<sup>iii</sup> Consulte também <http://www.expertpatients.co.uk/>.

<sup>ii</sup> Até o momento que o artigo foi escrito em 2012.

e estrutura curricular com o objetivo de atender as recomendações estabelecidas na orientação. Em geral, os currículos de graduação são estruturados para cobrir cinco anos e compreendem uma fase inicial na qual o ensino da ciência básica é dominante, e uma fase posterior na qual a maior parte do tempo curricular é dedicada à aprendizagem clínica. Além disso, a duração do curso se estende em seis anos quando uma então chamada 'Licenciatura Intercalada', uma graduação de um ano de Bacharel em Ciências em algum assunto relacionado é concluída. A distinção entre os anos pré-clínicos e clínicos não é clara, escolas diferentes buscam diferentes graus de integração entre as disciplinas clínicas e não clínicas em todo o currículo. O contato precoce dos alunos com os pacientes e com os ambientes de trabalho é, muitas vezes, incentivado por meio de atividades curriculares dedicadas e estratégias pedagógicas diferentes estão em primeiro plano em diferentes instituições (por exemplo, algumas escolas possuem um componente maior de aprendizagem baseada em problemas, outras privilegiam palestras tradicionais, enquanto outras visam a integração de estratégias pedagógicas diferentes). A maioria das escolas de medicina oferece um conjunto de temas centrais e uma matriz de módulos opcionais a partir da qual os alunos podem escolher de acordo com seus interesses e aspirações.

Como comentei anteriormente, nos últimos dez anos, uma crescente atenção tem sido dedicada pela pesquisa e política em educação médica para o papel dos pacientes na concepção e entrega de currículos de graduação em medicina e na avaliação de estudantes de medicina. Esse interesse está diretamente ligado ao forte compromisso dos cuidados de saúde do Reino Unido para formas de práticas clínica mais centradas no paciente, com base em uma consideração mais séria por

parte dos profissionais, das preocupações, preferências e expectativas dos pacientes, e em formas mais colaborativas de tomada de decisão.<sup>14,15,16</sup> A necessidade de envolver os pacientes na educação médica foi, pela primeira vez, mencionada brevemente em 2004 no relatório do Diretor Médico sobre práticas atuais nas escolas médicas do Reino Unido, publicado pelo *Department of Health*<sup>17</sup> e, posteriormente destacada, em 2008, no relatório da Associação Médica Britânica, o corpo profissional defendendo e protegendo os médicos do Reino Unido, no texto titulado 'Sobre o papel do paciente em educação médica'.<sup>18</sup> Baseando-se em estudos de caso de envolvimento de paciente em atividades de ensino, esse relatório apela para a plena participação de pacientes "no desenvolvimento, revisão e implementação de currículos de graduação e pós-graduação em medicina" e no ensino e na avaliação de estudantes de graduação e pós-graduação de medicina.<sup>18:20</sup> Ainda mais indicativo do interesse rapidamente propagado de órgãos reguladores oficiais, em 2011, o Conselho Médico Geral emitiu orientações específicas sobre este assunto. O suplemento, um de um conjunto de quatro brochuras<sup>iv</sup> destinado a complementar a última edição da Diretriz Nacional para a Educação de Graduação em Medicina no Reino Unido,<sup>13</sup> explica detalhadamente os aspectos do envolvimento do paciente no ensino, nos quais espera-se que as escolas médicas prestem atenção e respeitem.<sup>19</sup>

Esses discursos reguladores correspondem a um fermento de atividade no conhecimento para educação médica. No início do ano de 2012, interesse acadêmico se uniu em uma conferência de um dia organizada pela Associação para o Estudo da Educação Médica - *Association for the Study of Medical Education, ASME*- na qual educadores,

<sup>iv</sup> Os outros três tópicos para os quais o GMC emitiu recomendação suplementar são 'avaliação', 'estágios clínicos', e 'desenvolvendo professores e formadores'.

pesquisadores, e (muito poucos<sup>v</sup>) pacientes compartilharam experiências sobre os programas existentes, perguntas abertas e as trajetórias para o futuro. Uma visão geral do trabalho publicado sobre a prática atual de participação do paciente no ensino médico é apresentada no relatório de 2011, publicado pela Fundação de Saúde (Health Foundation),<sup>20</sup> que se baseia no trabalho realizado pela internacional e interdisciplinar Cooperativa de Pesquisa de Pacientes como Educadores, com sede em Vancouver, Canadá.<sup>21</sup> O relatório oferece uma discussão das ideias fundamentais e terminologias utilizadas para conceituar e analisar o envolvimento do paciente no ensino. Baseando-se na 'escada' de Tew, Gell e Foster<sup>22</sup> de envolvimento progressivo do paciente no desenvolvimento e concepção curricular,<sup>vi</sup> e na taxonomia dos principais papéis educacionais de Towle et al.<sup>21</sup> que os pacientes podem ter no currículo de graduação,<sup>vii</sup> os autores do relatório usam uma taxonomia corrigida para rever estudos de casos de práticas atuais de envolvimento. Esta taxonomia corrigida é organizada em torno de seis 'graus' de envolvimento, que são: 1) pacientes envolvidos na criação de materiais didáticos utilizados pelo corpo docente (por exemplo, caso ou cenário em papel ou eletrônico; materiais do curso;

<sup>v</sup> Lamentavelmente, as taxas de inscrição da conferência são, muitas vezes, inacessíveis para os participantes não acadêmicos ou não clínicos.

<sup>vi</sup> "De nenhum envolvimento a uma parceria total, em que os pacientes e membros do corpo docente trabalham juntos para tomar decisões sobre o conteúdo e, em conjunto, entregar sessões educacionais." <sup>21:65</sup>

<sup>vii</sup> Taxonomia de Towle et al.<sup>21</sup>: 1) cenário em papel ou eletrônico; 2) pacientes padronizados ou simulados; 3) paciente compartilhando sua experiência com os alunos dentro do currículo dirigido pelo corpo docente; 4) professor-paciente(s) envolvidos no ensino e/ou avaliação de alunos; 5) professor-paciente(s) como parceiros iguais na formação do aluno, avaliação e desenvolvimento curricular; e 6) paciente(s) envolvido a nível institucional, além de envolvimento sustentado como professor-paciente(s) em educação, avaliação e desenvolvimento curricular para os alunos. Towle et al. <sup>21:66</sup>

vídeos); 2) pacientes padronizados ou voluntários em uma clínica; 3) paciente compartilha sua experiência com os alunos dentro de um currículo dirigido pelo corpo docente; 4) professor-paciente(s) estão envolvidos no ensino ou avaliação de alunos; 5) professor-paciente(s) como parceiros iguais na formação do aluno, avaliação e desenvolvimento curricular e/ou pacientes educadores envolvidos em várias áreas do programa; e 6) pacientes envolvidos a nível institucional, além de envolvimento sustentado, como professor-paciente(s) em educação, avaliação e desenvolvimento curricular e/ou pacientes que receberam uma posição formal na instituição.<sup>23:20</sup>

O relatório reafirma o que já foi antecipado por revisões anteriores,<sup>21,24</sup> que a literatura sobre o envolvimento do paciente em educação médica é amplamente descritiva e atórica, em sua maior parte, ou simplesmente descreve as inovações ou apresenta avaliações de curto prazo. Os autores apontam para a revisão radical de Bleakley e Bligh<sup>25</sup> do papel e da função dos professores na educação médica, mas não começam a explorar com mais profundidade as estruturas teóricas relevantes desses autores ou outros.

Na política e na literatura acadêmica ilustrada até agora, as discussões sobre a participação do paciente no currículo de graduação e em atividades de ensino em particular, são, em grande parte, moldadas dentro de um enfoque avaliativo. Elas examinam, por exemplo, os benefícios desta participação para estudantes (em termos de aumento da confiança e novas ideias), os agentes educativos (em termos de qualidade de ensino e vantagem financeira), e os pacientes (uma sensação de poder e uma melhor compreensão de médicos), e chamam a atenção para as questões éticas importantes levantadas pelos problemas com o consentimento informado dos pacientes e seu direito à confidencialidade.<sup>26,23,27</sup> É claro que o

envolvimento do paciente no ensino de graduação deve ser – através de todas as suas fases, desde o planejamento até a implementação – justo, eticamente sólido e sensível ao resultado. No entanto, existe o perigo de que, se incontestado, o caminho para avaliar as práticas atuais, com vista à satisfação de um imperativo baseado em evidências – tal como interpretado por indicadores padronizados de sucesso e resultados mensuráveis – pode ter precedência sobre uma análise mais ampla de como este envolvimento é interpretado e dos sistemas em que está incorporado.

Por isso, agora volto a discutir alguns dos aspectos da participação do paciente no ensino médico que são amplamente negligenciados pelos discursos dominantes de envolvimento e de participação e que têm o potencial de esclarecer aspectos importantes do ensino e aprendizagem em medicina. Sugiro que essas questões pouco exploradas mereçam mais atenção dos pesquisadores e educadores igualmente, se formas mais significativas de colaboração entre profissionais e não profissionais forem alcançadas na educação médica e na prática de cuidados de saúde de forma mais ampla.

### ‘Real’, ‘padronizado’ ou ‘simulado’: quem é o paciente envolvido no ensino médico?

Como colocado por Towle et al.<sup>21:65</sup> “a linguagem do envolvimento do paciente é confusa e emotiva”. No Reino Unido, é comum referir-se a pacientes como ‘usuários de serviço’ ou, menos frequentemente, ‘consumidores’, ‘fregueses’ ou ‘clientes’. Questões de identidade e representatividade com relação ao uso do termo ‘paciente’, no contexto específico de envolvimento do paciente na educação, são brevemente verificadas no relatório acima

mencionado.<sup>20</sup> Embora eu me atenha, neste artigo, ao termo ‘paciente’ já que é o mais comumente usado nesta área de prática educacional, nesta seção procuro problematizar um aspecto diferente da linguagem que usamos para descrever papéis de ensino diferentes daqueles do aluno e professor/tutor/educador. Em discussões acadêmicas sobre o envolvimento de pacientes na educação médica, é frequente deparar-se com referências a pacientes ‘reais’, ‘atuais’, ‘simulados’ e ‘padronizados’ sob títulos semelhantes. Ao convidar educadores médicos para compartilhar suas experiências de envolvimento de pacientes em suas atividades de ensino, recebi um pequeno, mas significativo número de descrições que se referiam a pacientes ‘reais’ e ‘simulados’ como papéis que eram, de alguma forma, comparáveis e vistos como que pertencendo à mesma área de prática.

É possível, em alguns casos, que o propósito de usar pacientes ‘simulados’ (atores que representam um paciente), ‘padronizados’ (indivíduos com ou sem condição médica que treinam para retratar a imagem clínica daquela condição de forma consistente - por exemplo, para provas práticas de alunos), e/ou ‘reais’ (indivíduos com uma condição médica seja ‘atual’ ou passada) para a aprendizagem dos alunos possa ser muito semelhante, ou até o mesmo.<sup>viii,28,29</sup> Por exemplo, pacientes ‘reais’ ou ‘simulados’ podem estar envolvidos na avaliação de desempenho dos alunos durante provas práticas (Exame Clínico Estruturado Objetivo - *Objective Structured Clinical Examination/OSCE*) ou auxiliar os alunos a praticarem suas entrevistas clínicas. Entretanto, reconhecer que tanto os pacientes ‘reais’ como

viii O texto na íntegra deste guia contém 18 páginas e 80 referências e está disponível na: Association for Medical Education na Europa (AMEE), Tay Park House, 484 Perth Road, Dundee DD2 1LR, Reino Unido. E-mail: amee@dundee.ac.uk www.amee.org amee@dundee.ac.uk www.amee.org

atores representando pacientes podem efetivamente contribuir para objetivos específicos de ensino, não justifica desconsiderar os tipos fundamentalmente diferentes de experiências que os pacientes e atores trazem para o ambiente de aprendizagem.

Para ofuscar mais as distinções, pacientes ‘reais’ podem também ser envolvidos a um grau variável em colaborações com atores. Este envolvimento pode variar desde nenhum envolvimento (por exemplo, quando os atores são munidos de cenários e aconselhados somente por professores do curso) até o envolvimento notável (por exemplo, quando pacientes e atores trabalham juntos nos cenários e no *feedback* das dramatizações, como no caso da *Imperial College Medical School*, em Londres.<sup>19</sup> Esses extremos não estão em uma escala de valor, no sentido de que a abundância de envolvimento não é automaticamente mais desejável do que nenhum envolvimento. Em vez disso, graus diferentes de colaboração entre atores, pacientes e professores clínicos são adequados para diferentes tipos de ensino e aprendizagem (por exemplo, cenários muito simples, com o objetivo de iniciar os alunos em dramatização e comunicação clínica podem ser adequadamente produzidos pelos professores clínicos sem qualquer outra contribuição, enquanto cenários com o objetivo de desafiar as suposições dos alunos sobre uma condição clínica ou uma forma de interação podem se beneficiar de uma ampla contribuição do paciente). Aqui, gostaria de chamar a atenção para o fato de que, ao usar essas definições como abreviação para referir-se aos papéis sociais e pedagógicos específicos, corremos o risco de obscurecer o fato de que as experiências das pessoas, o seu posicionamento social e as relações de poder em que elas se envolvem são suscetíveis de ser muito diferentes para esses diferentes colaboradores. Referir-se, genericamente, como é o caso do aditamento de orientação *Tomorrow’s Doctors* a

‘pacientes, indivíduos leigos e ao público’ como agrupamento difuso de ‘pacientes ou pacientes atuais; pacientes experientes; cuidadores, advogados e funcionários de apoio; pacientes padronizados ou simulados; pacientes virtuais; pessoas leigas ou ‘o público’; grupos ou representantes de pacientes; organizações do setor voluntário ou comunitário local’<sup>19:4</sup> pode ser um atalho pragmático para um documento político, mas precisamos garantir que as análises cuidadosas dos papéis e significados estejam disponíveis em outros lugares. Da mesma forma, não há nada de errado em praticar o pensamento clínico de alguém com o auxílio de cenários de caso que podem envolver vinhetas escritas, manequins de simulação, atores ou pacientes ‘reais’, enquanto todos nós educadores, estudantes, pacientes, atores e praticantes prestamos atenção aos efeitos intencionais e não intencionais da implantação de diferentes recursos e atuação de diferentes colaborações. Nos discursos dominantes atuais de participação de paciente no ensino, há um perigo de falhar ao fazer uma distinção sobre quem está participando e de que maneira.

Nós precisamos garantir a revisão constante da linguagem que usamos para descrever e compartilhar nossas experiências de/com práticas participativas. O próprio termo ‘paciente simulado’ acredito pode ser visto como indicativo de uma abordagem não crítica para colaborações entre pacientes e profissionais. Eu mais pedantemente argumentaria que a expressão ‘paciente simulado’ pode sugerir uma facilidade de comparação entre a experiência real e simulação/atuação que é improdutiva e possivelmente enganosa. Isso pode, inadvertidamente, ofuscar as fronteiras entre as histórias da ‘vida real’ e as representações escritas de histórias da vida real, ocultando assim as qualidades específicas da experiência da doença de cada pessoa e da atenção que os profissionais devem estar dando a essas qualidades.

## Pacientes como coeducadores: transformando as relações sociais da medicina?

Um aspecto fundamental da participação do paciente no ensino médico que, com poucas exceções significativas, por exemplo, Bleakley, Bligh e Browne<sup>30</sup> é amplamente ignorado no conhecimento da educação médica é a análise das formas em que estas iniciativas podem desafiar, transformar ou reforçar as relações de poder predominantes em encontros de cuidados de saúde e construções associadas de pencialidade, experiência relacionada com a saúde e os papéis de saúde.<sup>ix</sup> Por exemplo, raramente pesquisadores (ou educadores, para esse assunto) exploram as interações reais que ocorrem durante as sessões que se beneficiam da contribuição do paciente, a medida em que os pacientes podem tornar-se profissionalizado no seu papel de ‘especialistas’ ou como ‘professores’, ou o local que essas sessões ocupam no contexto do currículo. A escassez de uma visão crítica das práticas de participação levanta questões sobre a medida em que a promoção de parcerias e colaboração nos cuidados de saúde, de forma mais geral, se baseia em entendimentos restritos de participação e hegemonia médica tradicional. Se queremos que os médicos sejam reflexivos e críticos sobre sua prática e suas interações com pacientes, devemos garantir que nós sejamos reflexivos e críticos em nosso ensino, que examinemos de perto os lugares que os pacientes, professores e alunos ocupam nos processos de aprendizagem nos quais estão envolvidos.

<sup>ix</sup> Em 2009, uma revisão feita por Jha et al.<sup>24</sup> destacou que a literatura acadêmica sobre o envolvimento do paciente na educação continha pouca exploração do possível impacto da profissionalização dos pacientes como educadores nas relações de poder dentro da medicina. Entretanto, esses tipos de estudos continuam raros.

Uma das formas mais comuns de envolvimento do paciente observa pacientes fornecendo aos alunos um relato de sua experiência da doença e de suas experiências dentro do serviço de saúde. Sem dúvida, as considerações dos pacientes trazem para o ensino uma perspectiva que nenhuma outra forma de ensino pode oferecer; elas contribuem um ponto de vista sobre os cuidados médicos com os quais os alunos devem se envolver, se quiserem ganhar profundidade em sua compreensão de como a prática clínica funciona. Apesar de importante, no entanto, esta contribuição é também limitada. Nessa abordagem para contribuição dos pacientes, eles continuam sendo ‘portadores’, não mais dos sinais e sintomas físicos, mas de histórias e cenários da ‘vida real’. Os pacientes são convidados a ensinar, informados sobre os aspectos práticos disso, possivelmente treinados para sua função e, finalmente, introduzidos nas audiências de alunos de medicina. Eles são questionados sobre sua experiência e suas visões são ouvidas. Este é um passo enorme na direção de uma prática médica mais respeitosa, mas é um passo que se mantém confinado dentro de uma construção de pacientes como ‘recursos instrucionais’.<sup>31</sup>

Nesta e em outras formas de participação do paciente no ensino

a comunicação entre o aluno e o paciente [...] tende a ser de uma via, com o aluno iniciando as questões e o paciente colocado no papel de passivo de um objeto de investigação para alunos. O estudante de medicina aprende com o paciente, mas o que ele aprende é amplamente filtrado e controlado pelo professor clínico e outros membros da equipe de cuidados de saúde.<sup>30:195</sup>

Uma coisa é incluir pacientes como ‘pessoas com autoridade’ em atividades de ensino, oferecendo uma importante

e, por outro lado, deficiente perspectiva sobre a doença e cuidado, e outra coisa completamente diferente é pensar nos pacientes como potenciais colaboradores na formação de médicos. A abordagem que eu, como Bleakley e Bligh,<sup>25</sup> gostaria de ver aprovada é aquela que desafia as relações sociais da medicina, fomentando pelo menos em alguns espaços e formatos de aprendizagem relações educativas nas quais os pacientes pudessem ser vistos como educadores, os alunos como aprendizes e professores de medicina como facilitadores de aprendizagem.<sup>25,32</sup> Esta configuração diferente dos papéis tem o potencial de desafiar seriamente a ortodoxia de poder da educação médica. Para Bleakley, Bligh e Browne<sup>30</sup>, por exemplo, isso pode atrapalhar a maneira habitual de se relacionar com os pacientes, como se fossem quebra-cabeças de diagnóstico a serem resolvidos:

Como o aluno se orienta aos pacientes, apoiado pelo professor clínico agora atuando como facilitador, pode ser que o aluno se torne mais sensível à narrativa do paciente e menos inclinado a traduzir instantaneamente a narrativa em um problema técnico a ser resolvido.<sup>30:195</sup>

Em vista disso, também devemos questionar discursos e práticas para entender melhor de que forma as novas relações de ensino e aprendizagem podem afetar a modelagem de papel na aprendizagem clínica. E, por modelagem de papel, refiro-me aos exemplos que os professores constituem no seu papel de médicos, mas também àqueles que prestam no seu papel de educadores (para uma discussão mais ampla sobre o papel das relações professor-aluno na educação médica, consulte, por exemplo <sup>33,34</sup>). Poderíamos estar perguntando, por exemplo: que mensagem os professores transmitem sobre os pacientes e a participação dos pacientes quando eles são

os principais diretores dessa participação? Ou se eles deixam de examinar o que eles como médicos e como professores também estão aprendendo com esse processo?<sup>x</sup>

## Desafiando epistemologias médicas?

A participação do paciente no ensino médico gera possibilidades para análise e contestação ao que conta como conhecimento na medicina? Quando explorei a percepção crítica (uma adaptação da consciência crítica do Paulo Freire<sup>35,36,xi</sup>) dos alunos de medicina para minha pesquisa de doutorado, examinei como os alunos atuam distinções claras entre as ‘sólidas’ formas de conhecimento – ou seja, aquelas da ciência médica, de causas e efeitos, de tratamentos farmacológicos - e aquelas ‘amenas’, ou seja, relacionadas, por exemplo, à comunicação (descritas como ‘suaves’, ‘leves’ ou ‘brandas’), pensamento ético e cuidado da saúde mental. Após argumentar, continuo afirmando que esta categorização do conhecimento é sintomática de uma predominância impregnada e não reconhecida das epistemologias positivistas na educação médica<sup>37,38</sup> que o currículo não pareceu desafiar de forma significativa. Essas categorizações são improdutivas, por diversas razões, mas de particular relevância aqui é o fato de que elas reproduzem formas de pensamento e compreensão dos cuidados de saúde que não conseguem se envolver com a interdependência entre as diversas dimensões das experiências da doença, para as quais os médicos são chamados a prestar atenção.

<sup>x</sup> Não há, praticamente, nenhuma discussão na literatura acadêmica sobre como o envolvimento do paciente no ensino contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos educadores.

<sup>xi</sup> Embora use uma terminologia diferente para evitar sugerir uma sobreposição completa com a teoria de Freire em sua totalidade.

Na análise de abordagens de pesquisa dominantes para práticas de envolvimento do paciente nas decisões de tratamento que realizei com Alan Cribb, sugerimos que “nem as práticas, nem o estudo de envolvimento do paciente nos parecem em última análise, ser viável metodologicamente ou eticamente a não ser sustentados por algum compromisso significativo com o ‘envolvimento epistêmico’”.<sup>39:910</sup> Por ‘envolvimento epistêmico’ nos referimos a “levar a sério as perspectivas dos pacientes, não como uma fonte extra de dados para alimentar as epistemologias clínicas, mas como uma fonte de enquadramentos e visões epistemologicamente alternativas.” O envolvimento epistêmico exige, em outras palavras, uma habilidade por parte de todos os atores sociais envolvidos, mas em particular aqueles nos papéis profissionais, que possuem uma responsabilidade de orientar o curso de ação, para envolver-se genuinamente com maneiras desconhecidas e potencialmente desconfortáveis de enquadrar a experiência. No intuito de mover-se, na prática clínica tanto quanto na educação, além de simplesmente “utilizar a retórica do ‘paciente especialista’ enquanto ainda construindo o paciente no que é fundamentalmente um papel passivo, ignorante e inativo”<sup>6</sup>, a participação do paciente requer médicos, educadores e alunos que sejam capazes de pensar de forma flexível sobre o conhecimento e o saber.

No contexto aqui discutido, envolvimento epistêmico significa garantir que a participação do paciente no ensino seja baseada em entendimentos negociados de quais são seus objetivos e limitações. O consenso sobre quais são os papéis e responsabilidades dos pacientes, em cada configuração específica, deve ser alcançado através da negociação de diferentes agendas, as quais devem incluir as agendas dos pacientes, educadores e alunos. Uma abordagem crítica aos papéis dos pacientes

como educadores significa garantir que os educadores, pacientes e pesquisadores prestem atenção à mensagem intencional e não intencional que a prática de ensino carrega. Isso significa também fazer o tempo e o espaço para questionamento epistemológico, para os alunos começarem a se envolver com a forma que o conhecimento é produzido e com o que conta como verdade. É essencial, nesse processo, evitar que o ensino baseado em narrativas de experiência de vida e doença seja percebido pelos alunos como mero acessório ao ensino da ciência médica. Ou seja, incentivar uma linguagem de integração e interdependência, em oposição a uma linguagem de complementaridade baseada em distinções precisas.

### Pesquisando a participação do paciente no ensino: influenciando a prática além da normatividade baseada em evidência

Existem, pelo menos, duas principais razões por que na prática educacional, mas ainda mais na pesquisa médica educacional nós devemos prestar mais atenção às questões que levantei nas seções anteriores. A primeira é uma razão muito prática que se refere ao entendimento profundo do que pretendemos ensinar, o que realmente ensinamos e como o ensinamos; a segunda tem a ver com ser capaz de traçar direções coerentes para estratégias de pesquisa, política e educação.

A avaliação de eficácia e sustentabilidade, que é um tema tão proeminente na pesquisa e prática atuais, não nos oferece por si própria uma imagem suficientemente rica do processo de aprendizagem e ensino. Nosso real objetivo foi desenvolver profissionais que possam praticar de maneiras centradas no paciente

ou melhor ainda, centradas nas relações,<sup>40,41</sup> que possam refletir sobre sua prática, serem sensíveis às circunstâncias específicas e possuírem visões críticas na complexidade dos encontros clínicos, então as leituras restritas do que conta como ‘evidência’ em práticas baseadas em evidência simplesmente não será suficiente.<sup>42,43</sup> A necessidade de avaliar a eficácia e os fatores determinantes para a eficácia, a fim de formular decisões de financiamento e sustentabilidade responsáveis, na verdade, exige mais do que exclui a necessidade de investigar e esclarecer os mecanismos mais sutis de processos de aprendizagem. Onde análises deste tipo existam em outras áreas disciplinares, como a sociologia, filosofia, antropologia -para mencionar algumas áreas em que os acadêmicos se interessaram em educação profissional em saúde - deve-se permitir mais espaço para elas nos fóruns oficiais de educação médica. Atualmente, estudos aprofundados, por exemplo, das narrativas, discursos e negociações de poder que a participação no ensino acarreta, legítima ou desafia são muito raros e difíceis de localizar. Estas análises mais sociologicamente esclarecidas são mais propensas de serem realizadas na pesquisa que explora questões mais amplas de engajamento do paciente e do público (abreviado como PPE ou PPI – envolvimento do paciente e do público no Reino Unido), com impulso limitado na literatura de educação médica.<sup>44,45</sup>

A segunda razão para fazer perguntas mais críticas sobre a participação do paciente na educação médica é conseguir alguma coerência entre objetivos declarados educacionais, trajetórias políticas, práticas pedagógicas e estratégias de pesquisa. Há tensões e inconsistências no ensinar abordagens de cuidados com base no diálogo, na empatia e foco no paciente, predominantemente através de pedagogias baseadas nas abordagens comportamentais de ‘instigação.’<sup>32</sup> Da

mesma forma, há tensões e contradições no avaliar e explorar práticas de participação através de abordagens de pesquisa que deixam pouco espaço para considerações de profundidade, desenvolvimento de longo prazo e complexidade do sistema. A fim de se comprometer significativamente com o tipo de perguntas que estou chamando a atenção neste momento, precisamos de culturas acadêmicas e sistemas de financiamento que apoiem completamente os entendimentos mais amplos do que conta como evidência na prática baseada em evidências. Em níveis institucionais, precisamos de apoio para ‘programas coordenados e sustentados que trazem a voz e experiência autêntica e autônoma do paciente para a educação dos profissionais de saúde’.<sup>46:501</sup> No entanto, quando esses programas já existem ou estão sendo implementadas como tentativa,<sup>xii</sup>

<sup>xii</sup> Exemplos de reconfiguração inovadora de relações entre paciente e profissional da saúde na educação podem ser encontrados no Reino Unido e no Canadá. A escola de medicina Leeds, no Reino Unido, busca o envolvimento da comunidade em vários componentes do ensino de graduação, com base em ‘uma filosofia subjacente de um contrato social entre a *Leeds School of Medicine* e a comunidade local’.<sup>20:54</sup>; enquanto a *University of Warwick* apóia uma ‘Parceria para Ação de Pesquisa e Ensino do Usuário da Universidade’ (*UNTRAP - University User Teaching and Research Action*) que visa garantir que os membros sejam ‘valorizados como membros de qualquer grupo de trabalho e não apenas como ‘usuário do serviço / perito em experiência de paciente’; recebiam apoio adequado, incluindo o acesso à informação e instalações de TI e oportunidades de treinamento; e pagos e reembolsados a uma taxa justa para todas as atividades que realizem’<sup>20:56</sup>. No Canadá, a *McMaster University* ofereceu às pessoas com HIV a oportunidade de realizar ‘um extenso programa educacional que forneceu a elas mais do que contar uma história e os ajudou a facilitar a aprendizagem’.<sup>20:47</sup> Finalmente, com uma abordagem bastante radical para transformar as relações dominantes dentro da medicina, a *University of British Columbia*, em Vancouver, está pilotando um programa de ‘mentores de saúde’, através do qual as pessoas que sofrem de doenças crônicas encontram pequenos grupos de alunos da profissão de saúde (incluindo estudantes de medicina) em uma base regular (duas vezes por semestre para um total de 6 encontros ao longo de 16 meses) e na ausência de professores para discutir temas sugeridos ou emergentes (após uma reunião

também precisamos de apoio para as formas de análise e avaliação que sejam, por elas próprias, colaborativas e capazes de gerar considerações valiosas de prática ou seja, considerações que incluam várias lentes, camadas de significado e graus de complexidade. Finalmente, precisamos também de compromisso acadêmico para a fertilização cruzada através das fronteiras linguísticas e geográficas. O ensino e a prática educacional médica têm muito a aprender com as experiências práticas e conhecimentos teóricos de contextos não

inicial adicional para conhecer uns aos outros e estabelecer regras básicas) (consulte <http://www.chd.ubc.ca/dhcc/healthmentors/>)

expressados em inglês, e as experiências de governança participativa no Brasil são um exemplo pertinente em matéria de práticas colaborativas.<sup>47,48</sup> Oportunidades de intercâmbio e fertilização cruzada devem ser promovidas e sustentadas por instituições de ensino superior não apenas através do financiamento de programas de intercâmbio de estudantes e pesquisadores, mas também através de estruturas acadêmicas e oportunidades que apoiem o multilinguismo e a compreensão cultural (inclusive política) como fundamentais para o desenvolvimento da educação profissional em qualquer contexto.

## Referências

1. Thompson AGH. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science & medicine*, 64(6); 2006: 1297-1310.
2. Department of Health. Working for patients. London: Department of Health; 1989.
3. Department of Health - NHS Executive. Patient partnership building a collaborative strategy. London: Department of Health; 1996.
4. Department of Health. Saving lives: our healthier nation. London: Department of Health; 1999.
5. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. London: Department of Health; 2010.
6. Greenhalgh T, Humphrey C, Woodard, F. User involvement in health care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
7. Clyne W, Granby T, Picton C. A competency framework for shared decision-making with patients: achieving concordance for taking medicines. Keele, UK: National Prescribing Centre Plus; 2007.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence - quick reference guide. London: NICE; 2009.
9. Department of Health. Patient and public involvement in the new NHS: report. London: Department of Health; 1999.
10. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: Department of Health; 2001.
11. General Medical Council. Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education. London: GMC; 1993.
12. General Medical Council. Tomorrow's doctors: London: GMC; 2003.
13. General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: GMC; 2009.
14. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7); 2006: 1087-1110.
15. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5); 1997: 681-692.
16. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 49(5); 1999: 651-661.
17. Department of Health. Medical schools: Delivering the doctors of the future. London: Department of Health; 2004.
18. British Medical Association. Medical Education Subcommittee. Role of the patient in medical education. London: BMA; 2008.
19. General Medical Council. Patient and public involvement in undergraduate medical education: advice supplementary to Tomorrow's Doctors (2009). London: GMC; 2011.
20. Spencer J et al. Can patients be teachers? involving patients and service users in healthcare professionals' education. London: The Health Foundation; 2011.
21. Towle A et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical education*, 44(1); 2010: 64-740.
22. Tew J, Gell C, Foster S. Learning from experience: involving service users and carers in Mental Health Education and Training. NIMHE/Trent Workforce Development Corporation; 2004.
23. SPENCER, J. et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical Education*, 34; 2000: 851-857.
24. Jha V et al. Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: A systematic review. *Medical Education*, 43(1); 2009: 10-20.
25. Bleakley A, Bligh J. Students learning from patients: let's get real in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 13(1); 2008: 89 -107.
26. Howe A, Anderson J. Involving patients in medical education. *British Medical Journal*, 327; 2003: 326-328.
27. Wykurz G, Kelly D. Developing the role of patients as teachers: literature review. *British Medical Journal*, 325(7368); 2002: 818-821.

- <sup>28</sup>. Collins J P, Harden RM . AMEE medical education guide n. 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher*, 20(6); 1998: 508-521.
- <sup>29</sup>. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, 68(6); 1993: 443-451.
- <sup>30</sup>. Bleakley A, Bligh J, Browne J. *Medical education for the future: identity, power and location*. London: Springer; 2011.
- <sup>31</sup>. Bell K et al. When only the real thing will do: Junior medical students' learning from real patients. *Medical Education*, 43(11); 2009:1036-1043.
- <sup>32</sup>. Donetto S. Medical students' views of power in doctor-patient interactions: the value of teacher-learner relationships. *Medical Education*, 44(2); 2010: 187-196.
- <sup>33</sup>. Haidet P, Stein HF. The role of the Student-Teacher relationship in the formation of physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Supl.1); 2006: 16.
- <sup>34</sup>. Tiberius, R. G.; Sinai, J.; Flak, E. A. The role of teacher-learner relationships in medical education. In: Norman GR, Van Der Vleuten C, Newble D. (Ed.). *International handbook of research in medical education* Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publisher; 2002: 463-497.
- <sup>35</sup>. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin; 1996.
- <sup>36</sup>. Freire P. *Education for critical consciousness*. London: Continuum; 2007.
- <sup>37</sup>. Donetto S. Medical students and patient-centred clinical practice: the case for more critical work in medical schools. *British Journal of the Sociology of Education*, 33(3); 2012: 431-449.
- <sup>38</sup>. Donetto S, Cribb A. Beyond binaries in medical knowledge: a call for epistemological reflexivity. *Interface-Comunicação, Saúde, Educ Botucatu*, 15(38); 2011: 924-925.
- <sup>39</sup>. Donetto S, Cribb A. Researching involvement in health care practices: interrupting or reproducing medicalization? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(5); 2011: 907-912.
- <sup>40</sup>. Beach MC, Inui T. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21(supl.1); 2006: 3-8.
- <sup>41</sup>. Tresolini CP, Pew-Fetzer Task F. *Health professions education and relationship-centered care: report of the Pew-Fetzer task force on advancing psychosocial health education*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission; 1994.
- <sup>42</sup>. Biesta G. Why "what works" won't work: evidence-based practice and the democratic deficit in educational research. *Educational Theory*, 57(1); 2007: 1-22.
- <sup>43</sup>. Hammersley M. Some questions about evidence-based practice in education. Paper presented at the Symposium on Evidence-Based Practice in Education at the Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Leeds, England, Sept . 2001.
- <sup>44</sup>. Hogg C, Williamson C. Whose interests do lay people represent? Towards an understanding of the role of lay people as members of committees. *Health Expectations*, 4(1); 2001: 2-9.

- <sup>45</sup>. Sinding C et al. Of time and troubles: Patient involvement and the production of health care disparities. *Health*, 16(4); 2012 :400-417.
- <sup>46</sup>. Towle A, Godolphin W. A meeting of experts: the emerging roles of non-professionals in the education of health professionals. *Teaching in Higher Education*, 16(5); 2011: 495-504.
- <sup>47</sup>. Avritzer L. New public spheres in Brazil: local democracy and deliberative politics. *International Journal of Urban and Regional Research*, 30(3); 2006:623-637.
- <sup>48</sup>. Gandin LA, Apple MW. Challenging neo-liberalism, building democracy: Creating the citizen school in Porto Alegre, Brazil. *Journal of Educ Policy*, 17(2); 2002: 259-279.

## CONHECIMENTO SOBRE INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL

### KNOWLEDGE ABOUT THE INFLUENZA AMONG HEALTH PROFESSIONALS OF A GENERAL HOSPITAL

#### Larissa Maria Isaac Maximo

Médica Residente de Pediatria do  
Instituto Fernandes Figueira.  
**Email:** larissamaximo@hotmail.com

#### Nathalia Marcy Barbosa da Cunha

Médica Residente de Pediatria  
do Instituto Fernandes Figueira /  
FIOCRUZ.  
**Email:** nathaliamarcy@yahoo.com.  
br

#### Maria Eduarda Pereira de Queiroz

Médica Residente de Clínica Médica  
do Hospital Municipal Miguel  
Couto.  
**Email:** eduarda\_queiroz@hotmail.  
com

#### Nataly Damasceno de Figueiredo

Nutricionista, Sanitarista, Mestre  
em Ciências, Doutoranda em Saúde  
Pública.  
**Email:** natalydamasceno@hotmail.  
com

#### Resumo

Em 2009 ocorreu uma pandemia do vírus Influenza A H1N1. Por conta da capacidade de disseminação do vírus, o mesmo foi alvo de preocupação por toda a sociedade. Com isso, observou-se a importância de profissionais de saúde capacitados para realização de diagnóstico e tratamento oportunos bem como medidas de prevenção e controle da epidemia. O objetivo é avaliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Influenza H1N1. A pesquisa teve como público-alvo profissionais da saúde de um hospital geral do município do Rio de Janeiro, referência durante a epidemia de 2009. Aplicou-se um questionário durante a campanha de vacinação destinada a este grupo, realizada pelo Núcleo de Epidemiologia do hospital. De 1710 vacinados, 462 participaram da pesquisa. A média de idade foi de 38,9 anos (DP  $\pm$  11,96), sendo 61,5% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino. Em relação à categoria funcional, 25,5% eram médicos, 39,6% enfermeiros e 34,6% da categoria "outros". Na autoavaliação do conhecimento sobre a doença, 45% classificaram seus conhecimentos sobre a doença como Muito Bom ou Bom. As pontuações médias obtidas dos conhecimentos sobre fatores de risco mostram um bom desempenho dos médicos, com média de 6,17 ( $\pm$  2,9) acertos, quando o máximo seriam 10. Os resultados apontam que o conhecimento demonstrado pelos profissionais de

saúde é insuficiente. Este grupo tem papel fundamental de enfrentar provável segunda onda causada por este vírus. Assim, são importantes ações contínuas de educação e informação direcionadas a este público, bem como subsídio ao seu planejamento e organização.

**Palavras-chave:** Influenza; H1N1; Profissionais de Saúde; Conhecimento.

### Abstract

In 2009 there was a pandemic of the virus Influenza A H1N1. Because of its spreading capacity, it has been causing concern throughout society. Along the same, there was the importance of health professionals trained to perform diagnosis and timely treatment as well as prevention and control of the epidemic. The study was made with health professionals, who work in a general hospital, located in Rio de Janeiro, reference during the 2009 epidemic. During the vaccination campaign, we applied a questionnaire aimed at this group, conducted by the Hospital's Epidemiology Center. Of 1710 vaccinated, 462 participated in the study. The mean age was 38.9 years (SD ± 11.96), and 61.5% female and 33.3% male. Regarding the functional category, 25.5% were doctors, 39.6% nurses and 34.6% category "other". In the self-assessment of knowledge about the disease, 45% rated their knowledge as Very Good or Good. The average score of knowledge about risk factors show a good performance of physicians, averaging 6.17 (± 2.9) correct answers, when the maximum is 10. The results show that knowledge demonstrated by health professionals is insufficient. This group has a fundamental role to face a possible second wave caused

by this virus. Thus, it's necessary to reinforce the importance of continuous education actions and information targeted to that audience, as well as the supporting of its planning and organization.

**Keywords:** Influenza; H1N1; Health Personnel; Knowledge.

### Introdução

A influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global com uma frequência sazonal, podendo se apresentar de forma mais ou menos grave. A doença se constitui em um importante problema de saúde pública, uma vez que pode evoluir com manifestações clínicas de maior gravidade e ainda por apresentar um elevado potencial pandêmico. Os vírus da influenza A e B possuem subtipos que sofrem contínuas mutações, dando origem a novas cepas. Estas apresentam, em geral, diferentes graus de distinção em relação àquelas até então circulantes facilitando, assim, a disseminação da doença diante da suscetibilidade da população e elevando o risco de epidemias ou pandemias.<sup>1,4,9,5</sup>

Durante o século XX ocorreram três pandemias provocadas por diferentes tipos de vírus Influenza, como a gripe espanhola (1918-1919), causada pelo vírus Influenza H1N1, em que as mortes foram estimadas de cinquenta a cem milhões; a gripe Asiática (1957-1958), causada pelo vírus Influenza H2N2, e a gripe de Hong Kong (1968-1969), causada pelo vírus H3N2. Nas duas últimas, foram estimadas entre um a quatro milhões de mortes.<sup>2,3</sup>

A primeira pandemia do século XXI ocorreu no ano de 2009, decorrente da circulação entre seres humanos de um novo

subtipo do vírus, Influenza A H1N1 2009, ficando a doença popularmente conhecida por "gripe suína".<sup>4</sup> A genética deste tipo de Influenza provém da recombinação gênica ocorrida entre o vírus suíno, aviário e humano. Os primeiros casos foram confirmados, no sul da Califórnia. No mesmo período, no México, iniciou-se um surto de Doença Respiratória Aguda Grave, em conjunção com este novo vírus que, por sua vez, se disseminou pelo mundo rapidamente.<sup>3,5</sup> Posteriormente foram diagnosticados casos nos Estados Unidos, Europa e até mesmo no Brasil. Neste, os primeiros foram confirmados em maio de 2009, sendo considerados casos alóctones, no entanto, logo foram identificados casos autóctones no Rio de Janeiro passando o Brasil a ser considerado um país com transmissão sustentada.<sup>6</sup>

Em todo o mundo, até 31 de Janeiro de 2010, mais de 209 países e territórios relataram casos da doença. Além disso, pelo menos 15.174 mortes foram atribuídas à doença.<sup>7</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diante do risco de novas ocorrências de Influenza pandêmica mantém atualizado um Plano de Contingência. Com base neste plano, no dia 11 de junho de 2009, elevou o nível de alerta pandêmico mundial para a fase seis (última fase). Esta ação foi motivada devido à rápida propagação do vírus e não pela gravidade da doença.<sup>3,5</sup>

A velocidade de disseminação do vírus e o aumento do número de casos impediram a confirmação laboratorial de todos, uma vez que a contagem do número de doentes não era considerado mais importante para o monitoramento do risco e para orientar a implementação de medidas de respostas.<sup>2</sup> Por esse motivo, foram considerados casos confirmados de Influenza A H1N1 2009 aqueles com diagnóstico laboratorial através de sorologia e casos suspeitos, aqueles que tiveram contato próximo com um caso confirmado

ou, ainda, pertencentes à mesma cadeia de transmissão (clínico-epidemiológica).<sup>5</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu as ações de controle a partir do protocolo da OMS. Através deste, foram implementados o fluxo de informações, a rede para investigação laboratorial, bem como fluxo de pacientes de acordo com a classificação de risco. As informações sobre a doença, como forma e período de transmissão, sintomas gerais e os que sinalizavam maior risco foram amplamente divulgados pela mídia para orientar a população. Entre os profissionais de saúde a divulgação também se deu através de informes técnicos e protocolos de manejo clínico.<sup>8</sup>

A transmissão da Influenza A H1N1 2009 e suas manifestações clínicas mostraram-se semelhantes à da influenza sazonal. A maioria dos indivíduos que se infectaram evoluiu para a cura, e as complicações e mortalidade mostraram-se também semelhantes ao verificado na ocorrência sazonal da doença.<sup>5</sup> Entretanto, apesar da semelhança na dinâmica de transmissão, o aumento do número de casos desse novo subtipo destacou a necessidade de revisão das medidas de prevenção e controle a todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, como também aos familiares e contactantes.<sup>9</sup>

Considerou-se caso suspeito de Influenza A H1N1 2009 todos os indivíduos com doença respiratória aguda caracterizada por febre superior a 38°C, tosse, dispnéia, acompanhadas ou não de dor de garganta e manifestações gastrointestinais.<sup>5</sup> Porém, além do diagnóstico clínico, deveriam ser avaliados os fatores de risco, que podem contribuir para o agravamento do quadro gripal.<sup>9</sup>

Embora tenha ocorrido em época distinta às anteriores, esta pandemia apresentou muitos aspectos semelhantes a outras de origem respiratória, dentre

eles um dos que mais podemos ressaltar é o relacionado aos grupos de risco.<sup>10</sup> Os principais foram gestantes, menores de dois anos, pacientes com mais de 60 anos, imunodeprimidos, portadores de doença cardiovascular, hematológica, hepática, metabólica, neurológica e renal.<sup>3,5</sup>

Uma das principais estratégias de controle e contenção de epidemias de doenças com transmissão por via respiratória está na veiculação de informações entre a população e profissionais de saúde através da mídia e informes técnicos. Nesta epidemia, foram disseminadas amplamente informações gerais sobre medidas de proteção individual, modos de transmissão da doença e grupos e fatores de risco que poderiam levar a casos graves bem como aumentar a suscetibilidade dos indivíduos.<sup>9</sup>

Diante do exposto, é importante que haja a disseminação do conhecimento entre profissionais de saúde, visando à identificação de grupos de risco, bem como a adoção de medidas de proteção individuais, possibilitando o controle destas e de outras doenças infecciosas e a redução de sua letalidade. Estas ações são relevantes não só no enfrentamento da influenza como também no que diz respeito a outras epidemias por doenças transmissíveis, sejam elas emergentes ou reemergentes.

Este trabalho teve como objetivo comparar o conhecimento dos profissionais de saúde com o de profissionais de áreas que não da saúde que trabalham em um hospital geral, localizado no Município do Rio de Janeiro, sobre comportamento, formas de transmissão e fatores de risco da Influenza A H1N1 2009.

## Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal que teve como público alvo profissionais

da saúde lotados em um hospital geral, localizado no município do Rio de Janeiro, que atuou como referência durante a pandemia de 2009.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário de autoresposta, aplicado durante a campanha de vacinação realizada no hospital, que contava com um quadro de 2.900 funcionários, em março de 2010.

Este estudo analisou informações sobre os profissionais médicos (n=119), corpo de enfermagem (n=183) e, para estabelecer comparações, utilizou-se os profissionais sem formação na área da saúde (n=160), alcançando uma população total de 462 indivíduos. O grupo de comparação será tratado como "outros".

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, o fizeram após ciência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado por um comitê de ética em pesquisa da Escola de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques.

O questionário contemplou informações demográficas (sexo e idade), categoria funcional, autopercepção dos conhecimentos sobre a doença, período de transmissibilidade, formas de transmissão, sintomas e grupos de risco para casos graves da doença.

Apesar das limitações da utilização de questionário de autoresposta, optou-se por este tipo de coleta para que se pudesse alcançar um maior número de profissionais. Durante o período de coleta de dados, sempre esteve presente um dos pesquisadores, que passaram informações gerais sobre o preenchimento dos questionários sem interferir nas respostas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Medicina Souza Marques da Fundação Técnico Educacional Souza Marques, sob o parecer nº. 001/2010.

## Análise dos dados

Foi feita uma análise descritiva das variáveis do estudo. Para medir os conhecimentos dos profissionais sobre transmissão, foi utilizada uma pontuação média que poderia variar de 0 a 10, atribuindo-se 1 ponto para cada acerto. Para avaliar os conhecimentos sobre fatores de risco e conhecimentos gerais, a pontuação média poderia variar de 0 a 5.

Por não haver parâmetro para comparação dos níveis de conhecimentos dos profissionais médicos e do corpo de enfermagem, optou-se por estabelecer comparações com o grupo "outro". Comparando a Proporção de acerto através da Razão de Proporções (RP), utilizando-se o Teste Qui quadrado e intervalo de confiança de 95% para avaliar a significância estatística dos resultados.

Os dados foram armazenados e analisados através do programa Epi Info versão 3.5.1.

## Resultados

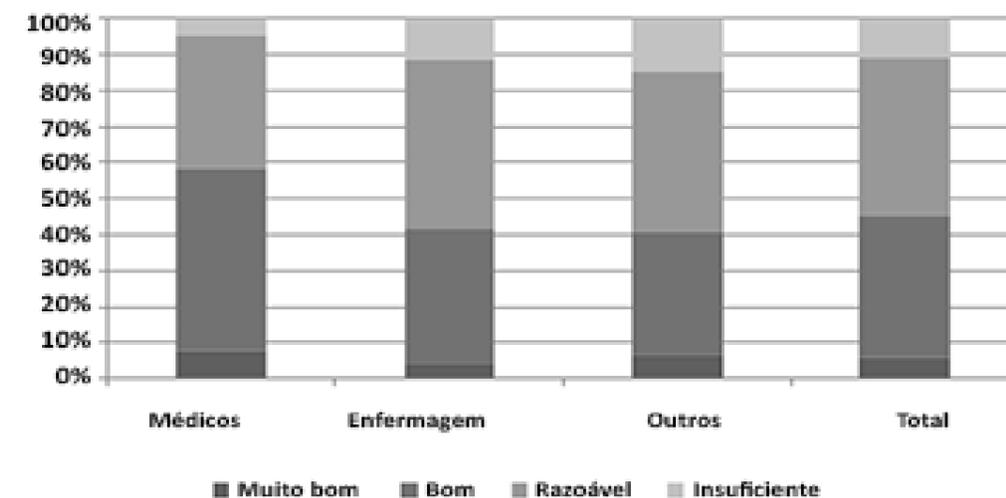
Na população estudada, a média de idade foi de 38,9 anos (DP ± 12,05), sendo 61,5% do sexo feminino, 33,3% do sexo masculino e 5,2% ignorado. Em relação à categoria funcional observou-se que 25,5% eram médicos, 39,6% do corpo de enfermagem e 34,6% do grupo "outros".

*Autopercepção dos níveis de conhecimento sobre a doença*

Aproximadamente 45% dos profissionais que participaram da pesquisa classificam seus conhecimentos sobre a doença como Muito Bom ou Bom. Os médicos tendem a apresentar uma classificação melhor quando comparados ao corpo de enfermagem e aos outros profissionais, que apresentaram perfil muito semelhante (Figura 1).

Figura 1

### Autopercepção dos níveis de conhecimento



Fonte: Dados da pesquisa.

## Identificação de Grupos e fatores de risco

As pontuações médias obtidas a partir dos conhecimentos sobre fatores de risco mostram um bom desempenho dos médicos que atingiram uma Média de 6,17 ( $\pm 2,9$ ) quando o máximo seria 10 (Tabela 1). Tendo a categoria profissional “outros” como referência, verifica-se que os médicos apresentam conhecimento 3,03 vezes maior ( $p < 0,5$ ) enquanto para os profissionais da enfermagem a RP foi 1,63 ( $p < 0,05$ ).

Tabela 1

Comparação das pontuações médias sobre grupos e fatores de risco				
Categoria Funcional	Média	$\pm$ DP	Diferença das Médias (IC 95%)	p valor
Médicos	6,17	2,9	3,03 (2,43 - 3,62)	0,0000001
Enfermagem	4,60	2,9	1,63 (1,07 - 2,19)	0,0000001
Outros	2,97	2,2	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados sobre a identificação dos fatores de risco para complicações, apontam para um maior esclarecimento em relação ao grupo de gestantes, seguido por crianças menores de 2 anos e por fim os idosos. Os médicos mantiveram o percentual de acertos acima de 60% nas três opções analisadas, entre os profissionais da enfermagem observa-se um menor nível de conhecimento sobre os fatores de risco relacionados à idade, apresentando a proporção de acertos abaixo de 60% (Tabela 2).

Em relação aos grupos de risco, representados por agravos e doenças que aumentam a probabilidade de complicações, observa-se uma maior indicação de imunodeprimidos pelas três categorias analisadas. Entre os médicos foram mais identificadas, além da imunossupressão, as doenças metabólicas (68,1%) e doença renal (67,2%).

Tabela 2

(continua)

Grupo de Risco	% de acertos (IC 95%)		
	Médicos	Enfermagem	Outros
Gestante	89,9 (83,0 - 94,7)	85,2 (79,3 - 90,0)	73,1 (65,6 - 79,8)
Crianças menores de 2 anos	69,7 (60,7 - 77,8)	57,9 (50,4 - 65,2)	41,3 (33,5 - 49,3)
Pessoas com mais de 60 anos	61,3 (52,0 - 70,1)	49,7 (42,7 - 57,2)	38,1 (30,6 - 46,1)

(conclusão)

Imunodeprimidos	89,1 (82,0 - 94,1)	77,6 (70,9 - 83,4)	48,1 (40,2 - 56,2)
Doenças metabólicas	68,1 (58,9 - 76,3)	33,9 (27,1 - 41,2)	22,5 (16,3 - 29,8)
Doença Renal	67,2 (58,0 - 75,6)	39,3 (32,3 - 46,8)	21,3 (15,2 - 28,4)
Doença Hematológica	48,7 (39,5 - 58,1)	38,3 (31,2 - 45,7)	19,4 (13,6 - 26,4)
Doença Cardíaca	48,7 (39,5 - 58,1)	24,6 (18,5 - 31,5)	11,9 (7,3 - 17,9)
Doença Hepática	39,5 (30,7 - 48,9)	27,3 (21,0 - 41,2)	12,5 (7,8 - 18,6)
Doença Neurológica	31,9 (23,7 - 41,1)	20,2 (14,7 - 26,8)	6,3 (3,0 - 11,2)

Fonte: Dados da pesquisa.

A opção “Imunodeprimidos” apresentou a maior proporção de acertos quando comparado aos outros fatores de risco. Observou-se um percentual de 89,1% de acertos na categoria Médicos, 77,6% na Enfermagem e 48,1% nos Outros.

Em “Doenças metabólicas” constatou-se um percentual menor de acertos quando comparado ao anterior, no qual a categoria Médicos apresentou 68,1%, Enfermagem 33,9% e Outros 22,5%. O fator de risco “Doença renal” apresentou 67,2% de acertos na categoria Médicos, 39,3% na Enfermagem e 21,3% nos Outros, enquanto “Doença hematológica” apresentou um percentual ainda menor, de 48,7% nos Médicos, 38,3% na Enfermagem e 19,4% nos Outros. Já em “Doença cardiovascular” o percentual foi de 48,7% nos Médicos, 24,6% na Enfermagem e 11,9% nos Outros.

No grupo “Doenças hepáticas”, observou-se um percentual ainda menor em todas as categorias, de 39,5% nos Médicos, 27,3% na Enfermagem e 12,5% nos Outros.

O fator de risco que apresentou um menor percentual de acerto em todas as categorias foi “Doença neurológica”, no qual somente 31,9% dos médicos, 20,2% da Enfermagem e 6,3% dos Outros, selecionaram-no como de risco.

## Conhecimentos sobre sintomatologia dos casos graves

A avaliação sobre sintomas relacionados aos casos graves da doença e que deveriam ser encaminhados às unidades de referência, apontou que o corpo de enfermagem e outros profissionais identificam a febre como principal (80% e 85%, respectivamente), entre os médicos o sintoma mais apontado foi dispnéia (96%).

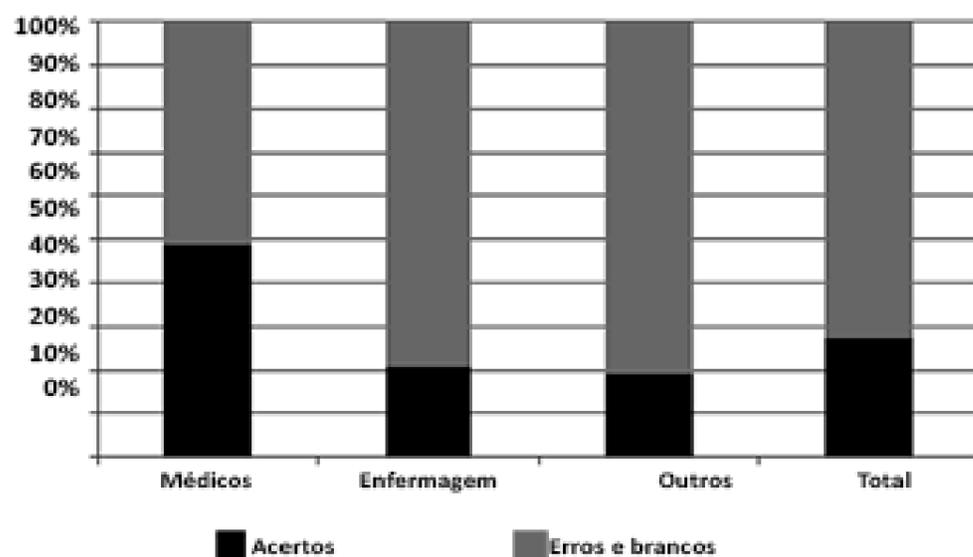
A comparação das médias obtidas pelas diferentes categorias funcionais apontou que a categoria Outros pontuou 0,55 a mais do que os profissionais médicos ( $p < 0,05$ ). Comparando-se à enfermagem, não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

## Período de transmissibilidade

Esta análise permitiu verificar uma baixa proporção de acertos em relação ao período de transmissão da Influenza A H1N1 2009. Os Médicos obtiveram uma maior pontuação (48,7%), seguidos pela Enfermagem (20,9%) e pela categoria Outros (19,0%), sendo que estes últimos apresentaram resultados semelhantes (Figura 2).

Figura 2

## Conhecimento sobre período de transmissão segundo categoria funcional



Fonte: Dados da pesquisa.

Em comparação aos profissionais que não são da área da saúde não houve diferença com a Enfermagem (RP = 1,1 (IC - 0,72 - 1,69) - p valor >0,05). Os Médicos apresentaram uma proporção de acertos 2,57 maior do que os profissionais de outras áreas (RP = 2,57 (IC 95% - 1,77 - 3,72) - p valor = 0,0000001).

## Conhecimentos gerais sobre a doença

Na afirmativa sobre a transmissão sustentada, mostrava-se presente a definição da mesma, para evitar que o participante não assinalasse por não saber o significado. Ao avaliarmos os questionários observou-se que assim como as demais questões verdadeiras os médicos (62,1%) foram os que tiveram melhor resultado, compatível com o nível de conhecimento autoreferido (Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 3

Conhecimentos gerais segundo categoria funcional			
Afirmativas	Médicos	Enfermagem	Outros
Lavar as mãos é uma medida de proteção contra a doença	89,1 (82,0 - 94,1)	88,0 (82,4 - 92,3)	71,9 (64,2 - 78,7)
Existe transmissão sustentada do vírus	63,0 (53,7 - 71,7)	51,9 (44,4 - 59,3)	41,3 (33,5 - 49,3)
O diagnóstico pode ser feito a partir de amostra de secreções de nariz e faringe	66,4 (57,2 - 74,8)	55,7 (48,2 - 63,1)	33,8 (26,5 - 41,6)

Fonte: Dados da pesquisa.

## Discussão

Os resultados apontaram que os médicos classificam melhor seu nível de conhecimento sobre a doença (58% bom ou Muito bom). Apesar de serem profissionais de saúde, a autoclassificação dos conhecimentos do corpo de enfermagem foi muito próxima dos profissionais sem formação na área de saúde. Quando questionados sobre como classificariam seus níveis de conhecimento sobre a doença, 58% dos médicos entrevistados, 41% da categoria corpo de enfermagem e 40% da categoria outros profissionais, classificaram-se como um tendo um nível adequado (bom ou muito bom) de conhecimento.

Em pesquisa realizada em um Hospital do Peru, após a realização de um curso de capacitação com informações gerais sobre a Pandemia, observou-se um resultado semelhante aos apresentados no presente trabalho, onde o nível de adequação foi melhor entre os médicos se comparados aos enfermeiros.<sup>3</sup>

Vale ressaltar a importância do conhecimento relativo ao período de transmissão entre os médicos e o corpo de enfermagem, pelo fato destes estarem frequentemente em contato com os pacientes e, portanto, necessitaram de um maior conhecimento para triagem, assistência e principalmente orientação aos pacientes.

De acordo com a literatura diversos aspectos dessa pandemia, ocorrida em 2009, se fizeram de forma semelhante a outras epidemias respiratórias. Mesmo tendo ocorrido em décadas diferentes e sendo provocadas por cepas distintas essas características se mantiveram. Principalmente no que diz respeito aos grupos mais suscetíveis e/ou que apresentam maior risco de desenvolver casos graves<sup>10</sup>. No entanto, o presente estudo apontou que os profissionais ligados diretamente ou indiretamente a área de saúde muitas vezes desconheciam os grupos de risco pertencentes a essa doença. Situação esta que ficou mais evidente na categoria

enfermagem, que apresentou baixa proporção de acertos (abaixo de 40%) na indicação dos grupos de risco.

Além da comparação entre as categorias profissionais, chama atenção, de maneira geral a não identificação de alguns grupos de risco, como doença hepática, neurológica e metabólicas.

A falta de conhecimento sobre os grupos de risco mostra-se como um problema alarmante, afinal somente conhecendo os indivíduos que fazem parte desse grupo seria possível realizar uma prevenção direcionada e mais efetiva, tanto no sentido de evitar a infecção, quanto no intuito de diminuir a incidência de casos graves e óbitos. Conseguir identificar a população mais vulnerável é fundamental para evitar e conter pandemias, além de reduzir a letalidade.

Levando-se em consideração que as características apresentadas nos diferentes tipos de influenza são semelhantes, destaca-se ainda que a não identificação destes grupos pode comprometer a assistência e prevenção de complicações nos casos de influenza sazonal, que chegam com frequência na rotina das emergências.

No que diz respeito ao desconhecimento dos profissionais sem formação na área de saúde, principalmente em relação aos grupos de risco representados pelas gestantes, menores de 2 anos e maiores de 60 anos, também nos faz refletir sobre o alcance dos métodos utilizados para transmitir essas informações para a população de maneira geral.

Apesar de não encontrar na literatura parâmetros para estabelecer uma comparação, considerou-se baixo a proporção de acertos dos enfermeiros e até mesmo dos médicos sobre o período de transmissibilidade da doença, visto que está é uma informação fundamental para identificação dos casos (história epidemiológica) e medidas de precaução (isolamento).

Em relação à lavagem das mãos como medida de prevenção observou-se um percentual de acertos elevados nos três grupos. Entretanto, apresentaram resultados aquém dos esperados, visto que esta é uma medida importante e constantemente divulgada à população, incluindo os profissionais de saúde, de modo que ainda deve ser enfatizada. A lavagem das mãos também é destacada como uma importante medida de prevenção pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e pela Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.<sup>11</sup>

Destaca-se que o uso do álcool não substitui a lavagem das mãos. Como uma maneira de lavagem das mãos, o uso do álcool (sob as formas em gel ou solução) é conveniente e auxilia a sua execução, porém somente quando estas não estiverem visivelmente sujas. Isso porque tal vírus é rapidamente inativado em trinta segundos após a antissepsia com álcool 70%.<sup>6</sup>

Em relação à transmissão da doença, observou-se que a população do estudo mostrou-se com um conhecimento insuficiente. Devido ao grande potencial de transmissão de uma pessoa para a outra, por meio da inalação de gotículas infectadas de tosse ou espirros, ou por meio da contaminação das mãos ou superfícies,<sup>2</sup> cabe ressaltar a importância dessa informação para que medidas de prevenção e controle da doença possam ser evitadas.

Além disso, o conhecimento relativo à forma de transmissão se mostra importante no manejo do paciente, de maneira a proteger o profissional de saúde e outros suscetíveis. No caso da Influenza é importante que haja o isolamento do paciente no ambiente hospitalar, com quarto privativo, vedação da porta do quarto e boa ventilação, sendo mantido até o descarte do diagnóstico de influenza ou enquanto ainda estiver durante o período de transmissibilidade da doença. Por essa razão, o contato dos profissionais de saúde

com o paciente deve ocorrer com o uso de máscara N95, luvas, óculos, avental e gorro. Já o paciente deve utilizar máscara cirúrgica desde o momento de suspeita da infecção até a chegada ao local de isolamento.<sup>6</sup>

Do mesmo modo, os métodos diagnósticos também não demonstraram ser muito conhecidos pelos profissionais de saúde, apesar de haver uma maior proporção de acertos entre os médicos, com uma grande disparidade em relação à categoria "outros".

O diagnóstico da doença pode ser realizado por meio da técnica do aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção. Alternativa é a técnica de aspirado de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente com swab de rayon. O sangue e outras amostras são utilizados apenas para o monitoramento da evolução clínica do paciente e para a realização do diagnóstico diferencial.<sup>6</sup>

## Conclusão

O estudo em questão buscou descrever o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à Influenza A H1N1, permitindo uma avaliação da capacitação dos mesmos a respeito de conhecimentos mínimos necessários para ações de classificação de risco dos pacientes, orientações e ações de controle da pandemia.

De um modo geral, foi possível apontar deficiências no conhecimento sobre a doença apresentado pelos profissionais de saúde. Tal resultado revela a necessidade de atualizações e capacitações frequentes, uma vez que esta é dinâmica, principalmente diante da constante eminência de pandemias.

Por essa razão, mostra-se importante o conhecimento pormenorizado sobre as doenças de um modo geral, principalmente em relação às emergentes e às reemergentes doenças estas que não fazem parte da rotina e necessitam de uma boa capacitação para diagnóstico, tratamento adequado e ações gerais de controle.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ed., Brasília; 2006. Volume II.
2. Kiely PM, Lian KY, Napper G, Lakkis C. Influenza A (H1N1) and infection control guidelines for optometrists. *Clinical and Experimental Optometry*, 2009 92: 490–494.
3. Bravo K et al. Nivel de conocimientos sobre la influenza A H1N1 en los trabajadores de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú. *Rev. peru. epidemiol.* 13(2); Agosto 2009. Disponível em: <[http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/2009\\_v13\\_n02/AO1\\_Vol13\\_No2\\_2009\\_Conocimiento\\_influenza\\_A\\_H1N1\\_HNAL.pdf](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2009_v13_n02/AO1_Vol13_No2_2009_Conocimiento_influenza_A_H1N1_HNAL.pdf)>. Acessado em: 15 ago 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESP II. Diretrizes para o Enfrentamento à Pandemia de influenza A (H1N1): Ações da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo\\_influenza\\_aps\\_atualizado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_influenza_aps_atualizado.pdf)>. Acesso em: 15 mar 2010.

- <sup>5</sup>. Secretaria de Estado da Saude de Sao Paulo. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Características dos casos notificados de Influenza A/H1N1. Rev. Saúde Pública [Internet]; 2009 Oct [cited 2011 Feb 16] 43(5):900-904. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000500024&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000500024>.
- <sup>6</sup>. Machado AA. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. J. bras. pneumol. [Internet]; 2009 May [cited 2011 Aug 20] 35(5): 464-469. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000500013>.
- <sup>7</sup>. Rachiotis G, Mouchtouri VA, Kremastinou J, Gourgoulisanis K, Hadjichristodoulou C. Low Acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece. Eurosurveillance, 15(6); 11 February 2010. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19486>>. Acesso em 15 fev de 2010.
- <sup>8</sup>. Brasil. Informe Epidemiológico Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Situação epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Mundo e no Brasil, até a Semana Epidemiológica 47 de 2009 Ano 1(11); Dezembro 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_influenza\\_se\\_47.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.pdf)> Acesso em: 15 mar 2010.
- <sup>9</sup>. Brasil. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII. Protocolo De Manejo Clínico E Vigilância Epidemiológica Da Influenza - Versão III. Brasília, 5 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo\\_de\\_manejo\\_clinico\\_05\\_08\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_de_manejo_clinico_05_08_2009.pdf)>. Acesso em: 15 mar 2010.
- <sup>10</sup>. Junior APN et al. Apresentação clínica e evolução de pacientes com infecção por Influenza A H1N1 que necessitaram de terapia intensiva durante a pandemia de 2009, Hospital São Camilo, São Paulo, 2010.
- <sup>11</sup>. White C, Kolble R, Carlson R, Lipson N (2005) The impact of a health campaign on hand hygiene and upper respiratory illness among college students living in residence halls. Journal of American College Health 53: 175–181.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n3p49-61>

## ANÁLISE DAS FORMAÇÕES COLETIVAS OFERTADAS AOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO: O CASO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

ANALYSIS OF COLLECTIVE TRAINING OFFERED TO WORKERS OF A PUBLIC HOSPITAL: THE CASE OF GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Fabrizio Felipe Quadros

Mestre em Reabilitação e Inclusão.  
Técnico em Educação na Gestão do Trabalho do Grupo Hospitalar Conceição.

E-mail: [qfabrizio@ghc.com.br](mailto:qfabrizio@ghc.com.br)

Lisiane Boer Possa

Doutora em Sociologia. Professora na Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: [lisianepossa@gmail.com](mailto:lisianepossa@gmail.com)

Resumo

Este estudo buscou analisar e descrever atividades de formação coletivas ofertadas aos trabalhadores do GHC, verificando quais tecnologias do cuidado se associam à formação de 2013. Tem-se como pressuposto que as atividades de formação refletem o modelo tecnoassistencial da instituição. Buscou-se caracterizar oferta de atividades considerando: responsáveis que as desenvolvem, analisar a oferta para as áreas meio e assistencial, e distinguir entre aquelas oferecidas institucionalmente e pelas equipes; categorias profissionais atuantes no GHC que realizaram formação; tipologias das atividades formativas ofertadas e as temáticas ofertadas e sua relação com as tecnologias do cuidado, modos de produção e modelagens tecnoassistenciais em saúde. Este estudo caracterizou-se como Estudo de Caso descritivo de análise documental com abordagem quanti-qualitativa.<sup>1</sup> Observamos que as equipes foram as maiores responsáveis pela formação, ofertando atividades voltadas para o segmento assistência/fim. Já as institucionais foram atividades caracterizadas pela participação significativa do segmento apoio/meio. Percebeu-se, a tentativa de proporcionar atividades integrativas entre esses segmentos. Verificou-se que os trabalhadores assistenciais foram os maiores beneficiados e que trabalhadores de alguns cargos apresentam poucos concluintes considerando sua representação no GHC. As

atividades mais realizadas são: Treinamento ou Capacitação, possuindo características de transmissão de conhecimento, sendo antagonista às características da educação permanente, refletindo nos resultados das tecnologias do cuidado. Os resultados das tecnologias leve/duras, representaram o maior quantitativo das formações, seguida pelas tecnologias duras, o que reflete o modelo tecnoassistencial hegemônico na instituição. Espera-se que este estudo possa servir de reflexão para contribuir para qualificar os processos de formação coletivos realizados no GHC.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Educação Permanente, Tecnologias do Cuidado em Saúde, Modelos Tecnoassistenciais.

## Abstract

This study aimed to analyze and describe collective training activities offered to workers of GHC, checking which technologies of healthcare are associated with the formation of 2013. It has been assumed that the training activities reflect the technical healthcare model of the institution. We sought to characterize supply activities considering: responsible for its development, analyze the offer to the essential and assistance areas, and to distinguish between those offered by the institution and those by the teams; professional categories active in GHC and trained ones; typologies of the training activities offered and theme issues offered and their relationship with care technology, production modes and modeling technical healthcare in health. This study characterized as a descriptive study of documentary analysis case with quantitative and qualitative approach.<sup>1</sup> Were observed

that teams are most responsible for training, offering activities aimed for the assistance/end segment. On the other hand, institutional activities were characterized for significant participation on the support/essential segment. It was noticed an attempt to provide activities of integrative processes between these segments. It was pointed that the assistance workers were the most beneficiaries and that workers from some posts had few graduates considering their roles at GHC. The most activities carried out are: training or capacity building, possessing characteristics of knowledge transmission, being antagonistic of continued education, reflecting at healthcare technologies results. Results technologies lightweight/hard, represented the major quantitative of formation, followed by hard technologies, that reflects that the technical healthcare hegemonic model in the institution. It is expected that this study can serve as a reflection to contribute to qualify the collective training processes done at GHC.

**Keywords:** Health care education, Permanent education, Technologies of health care at health, Technical health care models.

## Introdução

A pesquisa realizada descreve e analisa as atividades coletivas de formação, ofertadas para os trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, utilizando como recorte o ano de 2013. O GHC é uma instituição de saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, que está situada em Porto Alegre/RS. Buscou-se analisar e descrever as atividades de formação e a caracterização dos trabalhadores formados, nas ofertas realizadas pela instituição.<sup>2</sup>

Tem-se como pressuposto que as atividades formativas realizadas refletem a modelagem tecnoassistencial presente na instituição, portanto, a análise sobre a formação ofertada contribuiria para embasar discussões sobre as políticas de formação e reorganização do modelo de atenção à saúde, propostas pelo Sistema Único de Saúde - SUS e assumidas como compromisso na instituição.<sup>3</sup>

O GHC é uma instituição 100% Sistema Único de Saúde (SUS), com cerca de 8.500 trabalhadores. Tem como objetivo explicitado, nas suas diretrizes, o atendimento das reais necessidades da população, ou seja, a saúde é tratada como um direito constitucional das pessoas. O GHC organiza suas normativas baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal, sendo que, nos últimos anos, propôs políticas institucionais de democratização, de qualificação dos trabalhadores e de gestão do trabalho em sintonia com essas diretrizes.<sup>4</sup>

A política de qualificação dos trabalhadores inclui a realização institucional de atividades educativas, desenvolvidas pelas áreas responsáveis pela formação no GHC: Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED), Escola GHC e Gerências, bem como aquelas desenvolvidas pelas próprias equipes em que estão os trabalhadores.<sup>2,5</sup>

## A formação dos trabalhadores da saúde - uma política em construção

No ano de 2006, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é lançada no intuito de nortear as responsabilidades das três esferas de gestão do SUS, relativas à gestão da Educação na Saúde.<sup>6,7,8,9</sup>

Como pressuposto, a Educação Permanente na saúde deve implicar os sujeitos com seu próprio processo de trabalho, colocando, em perspectiva, o desafio de pensar novas possibilidades pedagógicas que possibilitem a formação de sujeitos autônomos, comprometidos com o conceito de qualidade de vida, no âmbito individual e coletivo, tendo, como centro do processo pedagógico, a implicação do trabalhador no momento exato do ato do trabalho, produzindo cuidado em saúde.<sup>10,11,12</sup>

Pode-se associar a Educação Permanente em saúde a uma pedagogia em ato e, conseqüentemente, a um trabalho vivo. O exercício da saúde é amplamente dependente do trabalho vivo em ato, onde os trabalhadores podem colocar todo conhecimento de que dispõem como opções tecnológicas para a produção de modos de proceder eficaz, a serviço do usuário e de seu problema.<sup>13,14,15</sup>

No processo de produção do cuidado, as três tecnologias (duras, leve/duras e leves) estão presentes. Conforme o modelo tecnoassistencial adotado, há diferentes modos destas se configurarem. No modelo médico-hegemônico, ocorre um predomínio das tecnologias duras sobre as outras, inclusive comandando, ou mesmo, esvaziando a presença das outras tecnologias nos seus atos produtivos. Já, nos modelos centrados no mundo das necessidades de vida, dos usuários, há que se deslocar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais.<sup>13,14,15</sup>

Entre produção de cuidado e produção pedagógica, quando se refere à Educação Permanente na saúde, significa que um está no outro, isso é, o trabalho está na pedagogia e esta na atividade laboral, e eles só têm a potência de produzir Educação Permanente quando há essa transversalidade.<sup>16</sup>

Quando a organização técnica do trabalho for favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho dependente

das tecnologias duras e leves-duras, voltado à produção de procedimentos, baseado em uma formação tecnicista ou tradicional de operacionalização de processos. Caso contrário, quando houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado, centrado nas tecnologias leves, em que o projeto é centrado no usuário, sendo o trabalhador autônomo para decidir a melhor forma de utilizar os processos e fluxos adequadamente à necessidade de saúde do usuário ou da comunidade.<sup>17</sup>

Nesse sentido o objetivo geral desta pesquisa foi descrever e analisar as atividades coletivas de formação dos trabalhadores do GHC, desenvolvidas na instituição, no ano de 2013. Caracterizando a oferta de atividades considerando: 1) os responsáveis que as desenvolvem, analisando a oferta para as áreas meio e assistencial<sup>1</sup> e a distinção entre aquelas oferecidas institucionalmente e pelas equipes; 2) as categorias profissionais que atuam no GHC e realizaram formação; 3) as tipologias das atividades formativas ofertadas e; 4) as temáticas que foram ofertadas e sua relação com as diferentes tecnologias do cuidado (tecnologias duras, leve-duras e leves), os modos de produção e as modelagens tecnoassistenciais em saúde.

## Métodos

Este estudo caracterizou-se como Estudo de Caso descritivo de análise documental com abordagem quanti-qualitativa<sup>1</sup>.

Para análise das atividades de formação coletivas, foi realizado um recorte do ano de 2013. Este período foi escolhido e utilizado por apresentar um banco de dados mais confiável em comparação aos anos anteriores. Também, a tentativa é aproximar essas atividades à proposta de educação permanente, só sendo possível analisando o recorte das atividades coletivas, com aproximação às características da educação permanente.

Portanto, as atividades de iniciativa pessoal ou de nível acadêmico não fizeram parte da pesquisa, e sim, as atividades realizadas coletivamente pela instituição e suas equipes, para os trabalhadores do GHC.

Nesse sentido para realizar a revisão e sistematização dos conceitos de educação em saúde, modos de produção, tecnologias de cuidado e modelos tecnoassistenciais, elementos centrais neste trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica utilizando-se desta terminologia. Os demais objetivos propostos foram respondidos através da análise de dados, disponível no sistema informatizado da instituição (GHC-Sistemas).<sup>2</sup> A análise documental, disponível no Núcleo de Atividades de Formação (NAF), que é um núcleo da GTED.<sup>19,20</sup> Esse núcleo possui suas informações sistematizadas através de planilhas e relatórios informatizados, compondo uma base de dados secundária que sistematiza o conjunto das atividades formativas realizadas no GHC.<sup>19,20</sup>

<sup>1</sup> Áreas meio são aquelas relativas às atividades que se destinam como um apoio à área assistencial, que é diretamente relacionada com o cuidado aos usuários do serviço, a área assistencial também é denominada área fim nos serviços de saúde.

## Resultados e discussão

**Tabela 1:** Atividades de formação realizadas pela instituição e pelas equipes no GHC no ano de 2013.

Número de Atividades Realizadas	Total	Percentual
Institucional	381	16%
Equipe	2.043	84%
Total	2.424	100%

Fonte: Fonte: NAF (Núcleo Atividade de Formação) GTED do GHC.

É possível identificar que, ao todo foram, desenvolvidas 2.424 atividades no ano de 2013. A maior parte delas foram realizadas pelas equipes, 84%, enquanto o percentual de atividades realizadas pela instituição, seja por meio da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento ou pela Escola GHC, foi de 16%, do total das atividades realizadas. Esses dados sinalizam que as equipes são as principais protagonistas dos processos formativos coletivos no GHC, podendo favorecer a Educação Permanente, uma vez que os gestores e os trabalhadores da ponta têm autonomia para, no cotidiano, definirem as temáticas e os métodos de formação que desenvolverão.

A Tabela 2 apresenta os dados sobre o número e o percentual de atividades realizadas, por segmento, pela instituição e pelas equipes.

**Tabela 2:** Atividades de formação realizadas, pela instituição e pelas equipes, em 2013, considerando para quais segmentos se destinam.

Número de Atividades Realizadas	Institucional	%	Equipe	%	Total	%
Assistência/Fim	107	27%	1999	98%	2106	87%
Apoio/Meio	20	5%	16	1%	36	1%
Ambos	260	68%	28	1%	288	12%
Total	381	100%	2043	100%	2424	100%

Fonte: NAF (Núcleo Atividade de Formação) GTED do GHC.

Pode-se observar que, das 68% das atividades ofertadas pela instituição, foram organizadas para formação multiprofissional, contemplando tanto trabalhadores do segmento Assistência/Fim quanto trabalhadores do segmento Apoio/Meio. Isso aponta a ideia do trabalho sob a lógica da Educação Permanente, uma vez que uma característica desse processo é a participação envolvendo os diversos atores e contemplando a lógica multiprofissional.

Para as equipes, que são as maiores protagonistas dos processos formativos, pode-se destacar o expressivo volume de atividades de formação oferecidas para os trabalhadores do segmento Assistência/Fim, representando 98% do total de atividades realizadas pelas equipes. Quando analisamos os percentuais, observa-se que, 87% atividades beneficiaram os trabalhadores do segmento Assistência/Fim, somando-se 12% atividades de formação ofertadas para ambos os segmentos, 99% de atividades de formação com acesso aos trabalhadores do segmento Assistência/Fim.

Mesmo observando-se uma tentativa da instituição de organizar atividades multiprofissionais englobando trabalhadores do segmento Apoio/Meio, ainda tendem a desenvolver processos que podem ser multiprofissionais, porém possui seu foco em cargos assistenciais, muitas vezes, excluindo trabalhadores da própria equipe que tenham cargos do segmento Apoio/Meio.

A Educação Permanente pressupõe participação e, ao se observar segmentos afastados dessa perspectiva, demonstra-se que desenvolver um processo de formação baseado nesse modelo ainda pode ser considerado um desafio em alguns espaços.

Além disso, é possível identificar, a partir disso, uma desproporcionalidade no acesso às atividades de formação coletivas entre os dois segmentos.

A Tabela 3 apresenta o número de trabalhadores do GHC e dos trabalhadores concluintes de cursos por cargo e a média de atividades formativas por trabalhador no GHC em 2013. Essa informação tem como objetivo verificar a relação entre os trabalhadores existentes e os trabalhadores concluintes de atividades formativas para cada cargo, oportunizando a análise da equidade da distribuição da formação considerando o número de trabalhadores de cada cargo que atua no GHC no mesmo período.

**Tabela 3:** Número de trabalhadores do GHC e dos concluintes de cursos por cargo e a média de atividades formativas por trabalhador por cargo em 2013.

(continua)

Cargos	N de Trabalhadores por Cargos no GHC	Número de concluintes de Formações ofertados	Média de atividades formativas por trabalhador
*Administrativo Superior	132	449	3,4
**Administrativo Médio	938	3.921	4,2
***Cozinheiro/Despenseiro/Nutrição nível Médio e Elementar	586	6.449	11
****Enfermagem Médio/Elementar	3.367	26.902	8
Assistente Social/TO	76	911	12
Auxiliar de Almoxarifado	19	54	2,8
Auxiliar de Farmácia	109	1.195	11
Agente Saúde Comunitária	8	27	3,3
Fisioterapeuta/Auxiliar de Fisioterapia	82	655	7,9

(conclusão)

*****Laboratório Médio e Elementar	63	923	14,6
Técnico/Auxiliar de Radiologia	143	613	4,2
*****Manutenção Médio e Elementar	172	863	5
Auxiliar Geral	309	1.265	4
Biólogo/Químico	3	26	8,6
Costureiro	3	11	3,6
Farmacêutico/Bioquímico	137	1.291	9,4
Fonoaudiólogo	18	81	4,5
Instrumentador Cirúrgico	4	10	2,5
Médico	1.159	6.764	5,8
Motorista	20	4	0,2
Nutricionista	82	1.134	13,8
Odontólogo	65	496	7,6
Programador	8	14	1,7
Psicólogo	48	613	12,7
Enfermeiro	754	10.180	13,5
Segurança Trabalho/Vigia	145	447	3
Técnico em Saúde Bucal/Prótese dentária	28	364	13
Telefonista	22	73	3,3
Total	8.500	65.462	7,70

\*Administrador, Advogado, Bibliotecário, Técnico em Educação, Analista de Sistemas, Engenheiro, Contador, Arquiteto, Analista de Suporte, Auditor.

\*\*Auxiliar Administrativo, Auxiliar Técnico Administrativo, Técnico Administrativo, Supervisor Administrativo, Supervisor Especializado, Técnico Especializado.

\*\*\*Cozinheiro, Despenseiro, Técnico de Nutrição, Atendente de Nutrição, Auxiliar de Nutrição.

\*\*\*\*Técnico de Enfermagem, Gessista, Atendente de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

\*\*\*\*\*Técnico em Histopatologia, Auxiliar de Laboratório, Auxiliar de Limpeza Esterilização de Laboratório, Coletador de Laboratório, Auxiliar Técnico de Banco de Sangue, Auxiliar Técnico de Gasometria.

\*\*\*\*\*Técnico de Manutenção, Técnico em Eletrônica, Auxiliar de Manutenção, Especialista em Manutenção Hospitalar.

Quando observamos o número de trabalhadores do cargo em relação ao total de trabalhadores do GHC, é possível observar que os cargos classificados como: Enfermagem Médio/Elementar representam 39%, Médicos, 14%, Administrativos Médios, 11% e Enfermeiros, 9%. Somando esse quantitativo, obtém-se um percentual 73% do total de trabalhadores do GHC, esse resultado demonstra que os trabalhadores com cargos assistenciais concentram o grande quantitativo de trabalhadores do GHC.

Observando o número de concluintes de formações ofertadas do cargo em relação ao total de concluintes de formações do GHC, os cargos de Enfermagem Médio/Elementar representam 41% concluintes, seguidos pelos cargos Enfermeiros, com 16% concluintes, Médicos, 10% concluintes, e Cozinheiro/Dispenseiro/Nutrição nível Médio e Elementar, com 10% concluintes. Tais resultados somados representam 77% do total de concluintes das atividades formativas coletivas ofertadas em 2013. Esses dados reforçam que há proporcionalidade entre os cargos existentes e os concluintes das atividades formativas, uma vez que o maior volume de trabalhadores com cargos assistenciais também representaram o maior número de concluintes das atividades de formação coletivas realizadas pelo GHC em 2013.

Cabe destacar que a única categoria que teve menor número de concluintes do que o número de trabalhadores existentes foi a de motorista 0,2 atividades por trabalhador. Os trabalhadores dos demais cargos tiveram mais atividades formativas que o número de trabalhadores, pressupondo que, ao menos, uma atividade formativa foi realizada para cada trabalhador do GHC no período, sendo que os trabalhadores do laboratório, médio e elementar tiveram o maior número de atividades formativas 15 por trabalhador.

Considerando esses dados, é possível constatar que as atividades formativas envolveram todos os profissionais da assistência. Há que se considerar, também, para aprofundar essa análise, o quanto tais formações eram multiprofissionais ou uniprofissionais, o que não foi possível verificar neste trabalho a partir dos dados existentes.

A Tabela 4 apresenta os dados de número total e percentual de atividades por tipos de formação realizadas pela instituição e pelas equipes em 2013.

**Tabela 4:** Número total e percentual dos tipos de formação realizadas pela instituição e pelas equipes em 2013.

(continua)

Tipo de Formação	Institucional	%	Equipe	%	Total	%
Treinamento ou Capacitação	140	36,7%	988	48,4%	1128	46,5%
Aulas e Palestras	67	17,6%	681	33,3%	748	30,8%
Oficina	16	4,2%	27	1,3%	43	1,8%
Seminário	9	2,3%	124	6%	133	5,5%
Encontro	7	1,8%	37	1,8%	44	1,8%
Curso	127	33,3%	41	2%	168	6,9%

(conclusão)

Grupo de Estudo/ Estudo de caso	0	0%	76	3,7%	76	3%
Mesa Redonda	3	0,5%	2	0,1%	5	0,2%
Atualização	1	0,3%	29	1,4%	30	1,2%
Colóquio	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
Conferência/ Teleconferência	0	0%	13	0,6%	13	0,5%
Congresso	7	1,8%	1	0,1%	8	0,3%
Convenção	1	0,3%	0	0%	1	0,1%
Fórum	0	0%	6	0,3%	6	0,2%
Jornada	3	0,9%	4	0,2%	7	0,3%
Mostra	1	0,3%	1	0,1%	2	0,1%
Plenária	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
Programa	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
Projeto	0	0%	2	0,1%	2	0,1%
Simpósio	0	0%	2	0,1%	2	0,1%
Videoaulas/ videoconferências	0	0%	3	0,1%	3	0,1%
Visita Técnica	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
Workshop	0	0%	2	0,1%	2	0,1%
Total	381	100%	2043	100%	2424	100%

Fonte: NAF (Núcleo Atividade de Formação) GTED do GHC.

No ano de 2013, as atividades classificadas como “treinamento ou Capacitação”, somaram 46% do total, as classificadas como “Aulas e Palestras”, 31% do total, representando 77% do total de atividades realizadas para os trabalhadores do GHC.

É possível observar, através dos dados, uma tendência maior de formações com características duras ou leve/duras, do ponto de vista das tecnologias do trabalho em saúde, analisando as características das atividades classificadas como “treinamento ou capacitação” e “aulas e palestras”. Essas atividades têm característica de transmissão de conhecimento, em uma perspectiva de atividade expositiva, onde o facilitador detém o conhecimento e o transmite ao ouvinte (trabalhador). Esse modelo de formação dificilmente abre espaços para a construção coletiva, para o questionamento e para a reflexão do processo de trabalho

em saúde. Nesses modelos, o trabalhador não ocupa um espaço de protagonismo nos seus processos, e sim, de simples operador. Tais tipos de formação apresentam características mais aproximadas do modelo technoassistencial hegemônico, centrando nos procedimentos e nas especialidades, e cognitivista, do ponto de vista da proposta educativa.

A Tabela 5 apresenta os dados de número total e percentual de formação realizada pela instituição e pelas equipes em 2013, considerando a tipologia das tecnologias do trabalho em saúde envolvidas.

**Tabela 5:** Número total e percentual de formação realizadas pela instituição e pelas equipes, em 2013, considerando a tipologia das tecnologias do trabalho em saúde.

Tecnologias do Trabalho em Saúde	Institucional	%	Equipe	%	Total	% Total
Leve	35	10	348	17	383	16
Leve/Dura	299	78	1.303	64	1.602	66
Dura	47	12	392	19	439	18
Total	381	100	2.043	100	2.424	100

Fonte: dados da pesquisa.

A classificação das atividades conforme a tipologia das tecnologias em saúde foi construída a partir da análise realizada, considerando-se as informações do tipo de formação e o título das atividades. Essa caracterização foi possível considerando as informações disponíveis, mas acredita-se que oportunizaram uma classificação aproximada das formações em relação à tecnologia do trabalho em saúde para a qual se destinavam. Tanto nas atividades formativas institucionais como nas das equipes, observa-se um quantitativo e um percentual mais elevado de tecnologias Leve/dura, seguido pelas tecnologias duras e pelas tecnologias leves.

Somando todas as atividades realizadas coletivamente pelo GHC, em 2013, observa-se um percentual de 66% de atividades que se aproximam das características de leve/duras, 18% de duras e 16% de leves.

Podemos associar esses resultados, articulados aos tipos de formação realizados no GHC, ao modelo technoassistencial prevalente no Grupo, que é mais aproximado de um processo centrado no procedimento e no profissional médico, distanciado dos princípios e das diretrizes do SUS, que pressupõem que a centralidade dos processos de cuidado terapêutico esteja no usuário e na construção desse cuidado através do trabalho vivo, baseado na interação e na troca que se dá nesta relação.

## Considerações Finais

Neste estudo, foram analisadas as ofertas das atividades coletivas de formação realizadas no GHC, em 2013. Verificamos também os responsáveis pelas formações, o acesso às atividades pelos segmentos apoio/meio e assistência/fim e os quantitativos e percentuais de atividades realizadas pela instituição e pelas equipes. Por fim, foram observadas as categorias profissionais mais beneficiadas, os tipos de atividade ou a característica das atividades realizadas, bem

como a relação dos tipos de formação e os temas das formações com as tecnologias do cuidado em saúde, os modos de produção e o modelo technoassistencial.

Pode-se constatar, ao final desta pesquisa, que os pensadores da educação em saúde, citados no trabalho, associam a Educação Permanente em saúde e suas características as tecnologias do cuidado, com aproximação mais evidente às tecnologias leves: caracterizadas pelo trabalho integrado e humanizado realizado no ato do cuidado, baseado na construção compartilhada do projeto terapêutico, centrado no usuário, dependente da relação que é estabelecida entre trabalhador de saúde e usuário.

Conseqüentemente, o modelo technoassistencial que mais se aproxima dessa proposta é o modelo contra-hegemônico, centrado no usuário, que valoriza todas as formações e todos os olhares, em busca de um objetivo comum, tratar, de forma multiprofissional, com integralidade e humanização, a necessidade do usuário, respeitando sua individualidade de forma equânime.

A Educação Permanente parte do pressuposto que todos podem contribuir, que a terapêutica não deve ser centrada em apenas um profissional, subaproveitando os demais conhecimentos, parte de um processo reflexivo que aflora do processo de trabalho e que, coletivamente, deve ser analisado, deve ter diagnóstico, deve ser discutido e, por fim, deve resultar ações de qualificação e superação das dificuldades observadas, baseadas no modelo que se quer constituir.

Lembra-se que este estudo realizou um recorte, analisando apenas as atividades de formação coletivas, realizadas no ano de 2013, e que existem outras formas de acesso para formação no GHC. Pode-se perceber que as equipes foram as maiores responsáveis por ofertarem atividades de formação coletivas para os trabalhadores

do GHC. A maioria dessas atividades foi ofertada para o segmento assistência/fim, o qual, efetivamente, representa o maior número de trabalhadores do GHC. Já as atividades realizadas pela instituição apresentavam uma característica diferente, pois, mesmo que tenham sido ofertadas, significativamente, para o segmento assistência/fim, também contemplou o segmento apoio/meio, que obteve quantitativo significativo de participação nas atividades. Mesmo não constando nos dados, na vivência cotidiana, pode-se observar que as atividades institucionais caracterizaram-se por uma tentativa de oferta de atividades multiprofissionais, e não somente de educação continuada por categorias profissionais, como se percebe nas atividades formativas realizadas pelas equipes.

Em relação às categorias profissionais, aglutinou-se algumas categorias por aproximação de processos, porém, constatou-se que, de maneira geral, as categorias assistenciais, como enfermeiros, médicos e técnicos e auxiliares de enfermagem, foram as categorias mais beneficiadas com as atividades de formação em 2013.

Quando se analisam as atividades de formação pela sua característica ou pelo tipo de formação, o resultado obtido é que as atividades mais corriqueiras são os “treinamento ou capacitações”, os “cursos” e as “aulas ou palestras”. Todas essas atividades são caracterizadas pela transmissão de conhecimento, onde o facilitador detém o conhecimento e o transmite aos ouvintes sem muito espaço para o questionamento e a troca de conhecimento.

Foi possível observar, através dos resultados que classificaram as tecnologias do cuidado em saúde, o grande contingente de atividades tanto realizadas pela instituição quanto pelas equipes aproxima-se mais das tecnologias leve/dura, seguidas pelas

tecnologias duras e, por fim, pelas leves.

Esses resultados explicitam, em grande medida, o quanto à instituição ainda é permeada pelo modelo médico-hegemônico, o que repercute, diretamente, nas práticas educativas. Observa-se um conflito de identidade interno e a multiplicidade de modelos tecnoassistenciais interagindo num mesmo espaço, uma vez que estes se encontram em disputa na instituição. O que resulta na presença de formações que têm como foco as tecnologias leves

e os processos de trabalho vivo, apesar de, majoritariamente, a formação estar direcionada para a capacitação para uso de equipamentos, realização de procedimentos e conhecimentos estruturados, característicos do trabalho morto.

Este estudo traz resultados que podem contribuir na discussão das políticas de formação do GHC, porém novos estudos são fundamentais para corroborar com estes resultados.

## Referências

<sup>1</sup> Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005. 3ed.

<sup>2</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Informática. Sistema de informações administrativas. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2014. Software.

<sup>3</sup> Brasil. Assembleia Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 09 jun 2014.

<sup>4</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Diretrizes organizacionais do GHC. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=3>>. Acesso em: 12 dez 2014.

<sup>5</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Escola GHC. Formação no GHC. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/index.php/escolaghc/formacao-no-ghc>> Acesso em: 12 dez 2014.

<sup>6</sup> \_\_\_\_\_. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

<sup>7</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

<sup>8</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho Educação e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminho a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

<sup>9</sup> \_\_\_\_\_. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministérios da Saúde, 2006.

<sup>10</sup> \_\_\_\_\_. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>11</sup> Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 9(16): 172-174; 2005.

<sup>12</sup> Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 6(3): 443-456; nov. 2008/fev. 2009.

<sup>13</sup> Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, controle social. Physis, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65; 2004.

<sup>14</sup> \_\_\_\_\_. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo. Hucitec, 2002.

<sup>15</sup> FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.) O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004. 2ed.

<sup>16</sup> \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 2-18.

<sup>17</sup> Franco TB. Healthcare Production and Pedagogical Out Put: Integration Of Healthcare System Settings In Brazil. Interface, Comunic., Saúde, Educ., 11(23): 427-438; set/dez 2007.

<sup>18</sup> \_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. 19 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Campinas). Campinas, 2003.

<sup>19</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Recursos Humanos. Normas Regulamentadoras para Atividade de Formação - 441/2009 (NAF/GTED/GRH). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2009.

<sup>20</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Recursos Humanos. Dados dos Resultados de Formações Coletivas Realizadas em 2013. Núcleo de Atividades de Formação (NAF/GTED/GRH). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2013.

## ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARE FOR ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTIONS OF THE PROFESSIONALS ON HEALTH EDUCATION

**Janice Dávila Rodrigues Mendes**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Docente da Graduação em Nutrição das Faculdade Inta. Sobral, Ceará, Brasil.

**E-mail:** janicedavila34@gmail.com

**José Jeová Mourão Netto**

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Hospital Regional Norte. Sobral, Ceará, Brasil.

**E-mail:** jeovamourao@yahoo.com.br

**Elayne Cristina Costa Damasceno**

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Tutora da Escola de Saúde da Família. Sobral, Ceará, Brasil.

**E-mail:** elayne\_damasceno@hotmail.com.

### Resumo

**Objetivos:** o estudo objetivou abstrair as percepções de profissionais atuantes na Atenção à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família quanto à educação em saúde. **Métodos:** estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 17 profissionais da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. A coleta ocorreu entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, sendo utilizada a entrevista semi-estrutura gravada. Para a análise, foi utilizada a técnica da Análise de Discurso. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local. **Resultados:** as falas expressam uma visão incipiente sobre educação em saúde, o que pode estar se traduzindo em práticas pouco contextualizadas com os ideais de uma educação em saúde libertadora, transformadora, emancipadora e cidadã. **Conclusões:** O referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde. A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde constitui-se em desafio para a equipe de saúde bucal. Tal cenário se mostra preocupante, haja vista a promoção da saúde, subsidiada pela educação em saúde, se configurar em objeto mor da Estratégia Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde.

## Abstract

**Objectives:** The study aimed to abstract perceptions of professionals working in Care of Oral Health in the Family Health Strategy as health education. **Methods:** A descriptive exploratory study of qualitative approach, it accomplished with 17 professionals of oral health team of the Family Health Strategy. Data were collected between November 2014 and January 2015, and used the recorded semi-structure interview. For the analysis, the technique of speech analysis was used. The study was approved by the local Ethics Committee in Research. **Results:** the lines express na incipient vision of health education, which may be translated into practical little contextualized with the ideals of a liberating health education, transformative, and emancipatory citizen. **Conclusions:** The theoretical framework of Health Education perceived by most professionals relates to the Traditional Model of Health Education. The application of the principles of Popular Education in Health constitutes a challenge for oral health team. Such a scenario shows worrying, considering health promotion, supported by health education, set yourself up for major object of the Family Health Strategy.

**Keywords:** Oral health; Family Health Strategy; Health Education.

## Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) o Brasil enfrenta o desafio da mudança em seu modelo de atenção à saúde, esta operacionalizada por meio de novas práticas que concorram para a promoção da saúde, tendo a educação em saúde como estratégia potente para a melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, emerge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da Atenção Básica.

No contexto da ESF, muitas são as políticas que se concretizam, dentre elas a Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como premissa reorientar a organização da Atenção à Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo o cuidado como eixo de reorientação das ações, trazendo consigo a proposta de humanização do processo de produção da saúde.<sup>1</sup>

Tal iniciativa visa romper com uma realidade em que durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se pela assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados às doenças cárie e periodontal. Dessa forma, havia, em muitos municípios, um menor acesso da população adulta aos serviços odontológicos devido à priorização da atenção às crianças em idade escolar, de forma que o restante da população era excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores, o que resultou numa baixa cobertura de atendimento.<sup>2</sup>

A Educação em Saúde engloba ações que têm por finalidade a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, possibilitando ao usuário uma mudança de hábitos,

apoiando-o na conquista de sua autonomia. Assim, relativo à saúde bucal, a atenção envolve ações desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde, nos domicílios, em grupos, escolas, creches, associações, clubes, ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua ou não, e compreendem: fluoretação das águas, Educação em Saúde, Higiene Bucal supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor.<sup>1</sup>

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada do cuidado em saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis.<sup>3</sup>

No entanto, as ações de educação em saúde bucal não devem se restringir ao campo oral, uma vez que existem evidências entre a integração da saúde oral com a saúde geral, buscando relacionar as atividades da odontologia às políticas públicas e aos programas de saúde através de fatores como o consumo do álcool e do tabaco, a dieta e o consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, trabalhos de prevenção de acidentes de trânsito, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros.<sup>4</sup>

Uma grande parte de ações anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da Atenção Básica, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada e palestras desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares. Algumas dessas intervenções apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconscientes. As

limitações destas ações se devem ao fato de não produzirem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores estruturais que determinam uma saúde bucal deficiente.<sup>5</sup>

A partir do cenário até aqui desenhado, o estudo objetivou abstrair as percepções de profissionais atuantes na atenção à saúde bucal da ESF quanto a educação em saúde.

## Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de campo, realizada no Município de Sobral/CE, onde atualmente existem 57 equipes da ESF. Estas equipes atuam em 28 Centros de Saúde da Família (16 na sede e 12 nos distritos).

Em relação à odontologia, atualmente existem 39 equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por 39 cirurgiões-dentistas (CDs) e 39 auxiliares de saúde bucal (ASBs) cadastradas nas equipes. Estas equipes não são compostas de técnicas de saúde bucal (TSB).

O estudo ocorreu nos Centros de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal cadastradas. Os participantes foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as ESF no Município. Participaram 9 cirurgiões-dentistas e 8 ASBs.

Os critérios de inclusão dos cirurgiões-dentistas foram: aqueles com mais de um ano na Estratégia Saúde da Família; que atuavam na sede do município ou em um dos três distritos mais próximos geograficamente da sede e com maior número de habitantes.

Os critérios de inclusão para os auxiliares de saúde bucal foram: aqueles

com mais de um ano na Estratégia Saúde da Família no município; que atuavam na sede ou em um dos três distritos que se localizassem mais próximos da sede e com maior número de habitantes; um representante de cada UBS; terem concluído ou estarem cursando no mínimo um curso de ASB; estarem trabalhando com o cirurgião dentista que tivesse participado desta pesquisa.

Resolveu-se abordar os profissionais que atuavam na sede do município e em três distritos mais próximos geograficamente da sede, que contivessem um número elevado de habitantes, fornecendo, dessa forma, uma boa representatividade.

A técnica de coleta envolveu a entrevista semiestruturada, ocorrida durante os meses de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Para a análise das informações, foi utilizada a técnica da Análise de Discurso, que compreende a realização de uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.<sup>6</sup>

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local, com o número do CAAE: 22237213.4.0000.5053.

## Resultados

A partir dos relatos dos profissionais, foi possível perceber que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária.

Educação em Saúde pra mim é tentar passar um pouco sobre, um pouco né, para as pessoas sobre como ela pode se prevenir, em relação à saúde, passar um pouco do básico, de como ela, no caso da odontologia né, passar um pouco do que eu sei pra aquelas pessoas pra que ela possa se prevenir [...] (CD 4).

Para mim Educação é tentar conscientizar a pessoa, se a pessoa está consciente é bem mais fácil o tratamento [...] por mim eu escovava os dentes de todo mundo, tipo, conscientizava e abria a cabecinha de todo mundo e colocava [...] (CD 5).

Eu penso é, em orientações né, e medidas que ensinem e eduquem né, as pessoas a cuidar melhor da sua saúde né, desde ter uma melhor alimentação, melhorar a higiene, enfim [...] (CD 8).

É passar um pouco o que a gente sabe pra alguém que não conhece [...] então eu tô promovendo saúde né, acho assim que é uma maneira de educar o paciente pra sua saúde bucal [...] (ASB 4).

Contudo, embora a grande maioria dos profissionais entrevistados tenham demonstrado esta concepção de saúde baseada no modelo tradicional de educação, alguns participantes manifestaram um entendimento de educação em saúde de uma forma mais ampliada, com uma certa aproximação com o modelo dialógico, da educação popular, como pode-se perceber nos seguintes depoimentos:

A minha percepção sobre educação em saúde não é apenas assim fazer esse repasse de informação, e sim ter o cuidado de trocar ideias, trocar informações entre nós e a comunidade (CD1).

Eu acho que é o momento de você tá dividindo alguma coisa com alguém, que no nosso trabalho

seria com a nossa comunidade, seria com os nossos escolares, seria com os nossos grupos, então, assim, você tá compartilhando o que você tem com outras pessoas, e também, não serve só pra você tá passando para a pessoa, porque a partir daquele momento é que você também ganha conhecimento [...] (CD 7).

Percebe-se nos discursos que a realização das atividades de Educação em Saúde é uma tarefa desafiadora no processo de trabalho das equipes, como se pode verificar através da fala:

Eu sou altamente a favor da educação em saúde, eu gosto do que eu faço, eu tô desestimulada, eu assumo, mas eu amo o que, eu amo a minha profissão e amo também saúde pública, embora seja um ramo muito difícil, que você tem que amar cinco vezes mais pra conseguir trabalhar (CD 5).

Quando questionados sobre o planejamento das atividades de educação em saúde, em relação às atividades desenvolvidas para escolares, geralmente o planejamento ocorre semestralmente, sendo realizados ajustes necessários mensalmente, relativos à operacionalização destas atividades, tendo início juntamente com as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE). Através das seguintes falas pode-se observar como se dá este planejamento:

Os escolares a gente planeja sempre no início do semestre, pra fazer as orientações, entrega de escovas e pastas e depois de acordo com os programas, por exemplo, o PSE [...] a gente planeja de acordo com isso, aí[...] a gente vai pelo menos no início de cada semestre pra fazer essas orientações. É semestral, e depois de acordo com

o PSE [...] (CD 1).

O planejamento das escolas geralmente é mensal, quando começa o ano a gente faz um planejamento assim, vamos fechar de tá fazendo os procedimentos na escola tal época, aí quando chega o início do mês que a gente fez aquele planejamento, a gente fecha os dias [...], então a gente deixou pra fechar mais por mês, porque se tiver alguma coisa pra modificar fica mais difícil da gente ter que tá remarcando (CD 7).

A realização das atividades se encontram, muitas vezes, atreladas aos programas do ministério da saúde, desta forma considerando pouco as necessidades locais e engessando as ações de educação em saúde desenvolvidas na comunidade.

## Discussão

A partir dos relatos, infere-se que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos, refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária, onde o profissional transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida. O usuário/paciente recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se depósito de informações fornecidas pelo profissional, inúmeras recomendações e informações sobre comportamentos “certos” ou “errados” e instruções de higiene oral.

As ações de educação em saúde parecem focadas somente na instrução de higiene oral, partindo-se do pressuposto que os usuários precisam ser ensinados, que não têm conhecimento ou que este é errado, como se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) fosse detentora de todo o conhecimento, sendo frágil a construção da autonomia dos sujeitos.

Este “repasso de informações” sinaliza que os profissionais de saúde bucal, como educadores, têm colaborado mais para o fortalecimento da educação bancária que da educação transformadora. Tal visão também é observada na prática de outros profissionais da saúde<sup>7</sup>.

Estudos com enfermeiros, ao analisarem as práticas de educação em saúde realizadas, concluíram que a concepção delas sobre este tema fundamenta-se nos conceitos tradicionais de educação e saúde.<sup>8</sup>

Em um estudo com cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica, observou-se que o modelo de educação conservadora caracterizava a pedagogia utilizada nas ações de educação em saúde no atendimento ambulatorial odontológico.<sup>9</sup>

Portanto, percebe-se que a concepção de uma educação doutrinadora, realizada por meio de transmissão de informações, objetivando que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado, ainda está fortemente presente na mentalidade dos profissionais da saúde.

Talvez esta percepção dos profissionais sobre educação em saúde ocorra devido ao modelo tradicional dos cursos de graduação, cuja transferência do conhecimento se faz de modo fragmentado, com ênfase no racionalismo técnico, centrada no professor, com modelos de ensino/avaliação que privilegiam a memorização e reprodução de conhecimento e alunos tendendo a uma atitude passiva de absorção, portanto, acrílicos.<sup>7</sup>

De fato, em um estudo, cujo objetivo era avaliar as representações em educação em saúde de graduandos de odontologia, observou-se que a concepção de educação em saúde dos acadêmicos estava fortemente ligada ao ensinamento positivista, prevenção de doenças, pautado em orientações e informações transmitidas à comunidade pelos profissionais.<sup>10</sup>

Neste contexto, a visão bancária de ensino dificulta um “pensar autêntico”,

indicando que educar não significa adestrar, mas desenvolver capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento ou participa de sua construção e exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação desta.<sup>11</sup>

Educar não significa simplesmente transferir conhecimentos, mas consiste no processo educativo que considera as representações da sociedade e do homem que quer se formar. A educação baseada na reflexão, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de processo emancipatório.<sup>12</sup>

No modelo dialógico de educação, a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores. A aprendizagem deve ser idealizada como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema. O educador já não é mais o que apenas educa e repassa instruções, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa.

O modelo dialógico de Educação em Saúde tem sido associado a mudanças duradouras de comportamentos, já que é responsável pela construção de novos sentidos individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado apresentando como vantagens a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. No entanto, a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde ainda marca o campo da saúde.<sup>13</sup>

Muitos profissionais sentem

dificuldade em realizar atividades de educação em saúde por não se identificarem com a proposta da ESF, de trabalhos com grupos e fora do ambiente do consultório odontológico. A formação universitária voltada aos modelos biologicista e tecnicista é ainda superior para eles.

Assim, em um estudo realizado com cirurgiões-dentistas que trabalhavam na ESF, os autores verificaram que boa parte dos cirurgiões-dentistas entrevistados atestou não realizar atividades de educação em saúde pelo simples fato de não saberem como realizá-las. Ou seja, devido ao fato de sua formação acadêmica ter sido majoritariamente voltada à clínica, faltava-lhes preparo e confiança para desenvolverem aquelas atividades na atenção básica.<sup>14</sup>

A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde, nas práticas educativas na ESF, pode constituir um grande desafio, já que muitos profissionais de saúde podem não ter conhecimento sobre esse modelo, e outros podem não terem sido capacitados para aplicá-los a sua prática.

Dentro desta perspectiva de superação da formação acadêmica descontextualizada com os princípios e diretrizes do SUS, para o trabalho na ESF, é importante considerar que o real papel da Universidade seria o de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e sugerir como poderia resolvê-los, devendo o ensino e a pesquisa serem direcionados para ações de impacto social que possibilitassem melhores condições de vida para a população.<sup>15</sup>

Neste sentido, torna-se importante enfatizar que essas reflexões não devem ficar restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais de saúde devem ser continuamente preparados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento técnico, a partir da educação permanente.

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e das práticas de qualificação

dos trabalhadores. Supõe inverter a lógica do processo, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, e colocando os usuários como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores.<sup>16</sup>

Quanto as atividades educativas, nota-se que são executadas de acordo com o planejamento de cada equipe, não existindo uma sistematização para todo o município, de modo que cada equipe realiza da maneira que considera mais adequada, estando condicionadas às metas do PSE, ocorrendo com maior intensidade durante os meses de realização deste programa. Portanto, estes dados indicam que as ações educativas, que têm como público-alvo os escolares, são fortemente orientadas por um programa do Ministério da Saúde/Educação predefinido.

Nesta concepção, cotidianamente na ESF são realizadas campanhas educativas, seguindo a programação do Ministério da Saúde. Como exemplo, podemos citar a campanha para detectar casos de tuberculose, de hanseníase, a programação do aleitamento materno, as campanhas de coleta do exame preventivo do câncer, enfim, práticas executadas pelos trabalhadores, de acordo com a determinação da Secretaria de Saúde, em que o profissional altera seu processo de trabalho habitual para cumprir as exigências.<sup>17</sup>

Desta forma, as atividades de educação em saúde são realizadas basicamente no cumprimento de protocolos e metas do Ministério da Saúde, e não como práticas rotineiras, que deveriam estar inseridas no processo de trabalho das ESB cotidianamente.

Neste contexto, são grandes as dificuldades da equipe de saúde da família para efetuarem práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas;

assim, são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, hipertensos ou diabéticos, as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa ou a epidemia do momento<sup>18</sup>.

### Considerações Finais

O referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações

e na superposição de saberes, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo.

Observou-se também que a aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde pode constituir-se em desafio para a ESB, visto que muitos profissionais podem não possuir conhecimento sobre esse modelo.

Tal cenário se mostra preocupante, haja vista a promoção da saúde, subsidiada pela educação em saúde, se configurar em objeto mor da ESF.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Anjos FS, e cols. Equipes de Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios. *Cienc Cuid Saúde*. 2011 jul./set; 10(3): 601-607.
3. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em Saúde: O olhar da Equipe de Saúde da Família e a participação do usuário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(2): 174-179.
4. Kwan S, Petersen PE. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health*. 2004; 21: 319-329.
5. Kusma SZ, Moysés, ST, Moysés, s. J. Promoção da Saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na Atenção Primária em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28: S9-S19.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. 6ed.
7. Backes VMS, e cols. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2008 nov-dez; 61(6): 858-865.
8. Pereira APCM, Servo MLS. A Enfermeira e a Educação em Saúde: Estudo de uma Realidade Local. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2006 jan./junho; 30(1): 7-18.
9. Santos MEM. Odontólogos e suas noções sobre educação em saúde bucal [Dissertação]. Instituto Fernandes Figueira: Fiocruz; 2005.
10. Mialhe FL, Silva CMC. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1555-1561.
11. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1987. 17ed.
12. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da Produção do Conhecimento na Educação em Saúde no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007 nov./dez; 15(6).
13. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite, MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010 jan./fev; 63(1): 117-121.
14. Araújo YP, Dimenstein, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 219-227.
15. Garbin CAS, e cols. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. *Revista da Abeno*. 2006; 6(1): 6-10.
16. 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.
17. Figueira MCS, Leite TMC, Silva EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3): 414-419.
18. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 1547-1554.

## POLÍTICAS DE INDUÇÃO À MUDANÇA NA EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: MATRIZES DISCURSIVAS DO CAMPO

POLICIES TO INDUCE THE CHANGE IN THE HEALTH WORKERS EDUCATION: MATRICES DISCURSIVE FIELD

### Tiago José Silveira Teófilo

Enfermeiro, mestre em clínica médica, Servidor da Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba.

**E-mail:** tiagojosest@yahoo.com.br

### Rossana Staevie Baduy

Doutora em Ciências pelo programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ. Aposentada pela Univerdidade Estadual de Lonfrina. Atua como gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina-PR

**E-mail:** robaduy@gmail.com

### Nereida Lúcia Palko dos Santos

Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Ana Nery. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ.

**E-mail:** nereida@ufrj.br.

### Resumo

Buscou-se compreender as matrizes discursivas evidenciadas nas políticas de indução à mudança na educação dos trabalhadores da saúde no Brasil. O Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde derivam da corrente Vigilância à Saúde e são marcados pela centralidade na atenção primária, epidemiologia crítica e determinação social do processo saúde-enfermidade-atenção. A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, a Aprender-SUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde e o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Brasil estão ligados à corrente Em Defesa da Vida. Aproximam-se pela noção de atendimento às necessidades de saúde com desenvolvimento de autonomia das pessoas e pelas categorias humanização e sistema de saúde usuário-centrados.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Política de Saúde. Política de Educação Superior. Formação de Profissionais de Saúde.

**Abstract**

We sought to understand the discursive matrices in the policies to induce the change in the health workers education in Brazil. The Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina, the Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde and Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde are derived from the current Health Surveillance and are marked by the centrality in primary health care, epidemiology criticism and social determinants of the health-disease-care. The Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, the Aprender-SUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde and Projeto Vivências e Estágio na Realidade do SUS do Brasil are connected to the current theoretical Defending Your Life. The assumptions that are approaching the notion of meeting the health needs of people with developing their autonomy and humanization and health system user-centered categories.

**Keywords:** Public Health. Health Policies. Higher Education Policy. Education, Health Professionals.

**Introdução**

A formação em nível de graduação dos trabalhadores da saúde tem sido habitada por vetores que mobilizam forças por meio de diversas estratégias político-pedagógicas. No Brasil, há políticas públicas e movimentos sociais, corporativos e acadêmicos com intencionalidade de influenciar, e que, disputam a educação dos trabalhadores da área. Observam-se diferentes interesses, desde a atualização permanente na

utilização de aparelhos e medicamentos e realização de procedimentos técnicos sofisticados, até a condução da formação à luz das necessidades de saúde, das práticas de humanização e da realidade social dos brasileiros.

Os aspectos sócio históricos das iniciativas de mudança na educação dos trabalhadores da saúde, desenvolvidas nos últimos quarenta anos no Brasil, sugerem haver diversas formulações teóricas e o desenvolvimento de modelos, diretrizes, projetos e políticas para o campo. Em resumo, os principais exemplos são os Projetos Integração Docente-Assistencial (IDA) e Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade (UNI), que conformaram a Rede Unida; os arranjos desenvolvidos pelas profissões, como a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico na Medicina e o Movimento Participação na Enfermagem; a construção conjunta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos universitários da área da saúde, além de políticas públicas principalmente de caráter nacional.<sup>1,2</sup>

No que diz respeito às estratégias governamentais, o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 deliberou que é dever do Estado ordenar a formação na área da saúde. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 estabeleceu que todos os entes federativos devem participar na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde no Brasil. No entanto, as ações de governo na área só se desenvolverão com volume significativo de recursos entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000. Nesse percurso, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, foi um marco importante para institucionalização destas ações.<sup>3,4,5</sup>

As formulações acerca do ensino das profissões da saúde são atravessadas

por diversas tensões paradigmáticas produzindo uma variedade de propostas teóricas e de novas experimentações no modo de formar os trabalhadores da saúde. Os discursos e práticas produzidos no mundo do ensino da saúde são fabricados a partir de disputas políticas e de processos dinâmicos e descontínuos de produção de saber e prática. A análise de matrizes discursivas, a partir da ideia do discurso como acontecimento em Foucault<sup>6</sup>, busca aproveitar as chances de apreender nos enunciados seus possíveis jogos de relações e dinamismo. Nesse ínterim, buscou-se decifrar as relações presentes na produção dos discursos a partir das construções teóricas de políticas, programas e projetos que incentivam mudanças na formação dos trabalhadores de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal tarefa é desafiadora diante da imensa produção discursiva na contemporaneidade. Contudo, entende-se que existem possibilidades de lograr-se, por meio de recortes da produção de alguns pesquisadores, em paralelo aos enunciados de estratégias políticas, compreenderem-se as matrizes discursivas que são mais evidenciadas na produção acadêmica e nos projetos e práticas em disputa.

Nesse ínterim, observa-se que existem eixos discursivos dos quais emergem as propostas indutoras de mudança no ensino de graduação dos trabalhadores da saúde, as quais se aproximam de dois campos de produções discursivas, a saber: a Saúde Coletiva brasileira e os núcleos ou corporações profissionais. Para o presente artigo, no entanto, apenas as matrizes discursivas da Saúde Coletiva serão discutidas.

Sem pretensão de esgotar o debate, este texto objetivou discutir quais as produções discursivas que transitam nos modelos de educação dos trabalhadores de saúde no Brasil no âmbito da Saúde Coletiva. Como justificativa, entende-se

como relevante, a mobilização de esforços para analisarem-se as ações que têm demandado grande esforço e recursos do Estado brasileiro para a ordenação da formação dos profissionais de saúde.

**Aspectos metodológicos**

Com intuito de caracterizar as políticas, programas e projetos de âmbito nacional do campo, foram acessadas fontes secundárias das principais publicações oficiais, como livros, relatórios, portarias, editais e outros materiais publicados eletronicamente pelo Ministério da Saúde (MS), especialmente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, referentes ao período de 2001 a 2013. O recorte temporal aqui estabelecido justifica-se pela intensificação da produção discursiva do Governo com intuito de intervir na formação dos trabalhadores da saúde, consolidados a partir da década de 2000.

No presente artigo, como parte da análise da literatura da área, após descrição das principais propostas do MS, serão apresentadas as matrizes discursivas elaboradas por meio de recortes de importantes publicações de alguns pesquisadores no âmbito na saúde coletiva brasileira, a saber: Mendes, Campos, Merhy, Almeida-Filho, Teixeira, Ceccim, e Feuerwerker.

As propostas governamentais do campo em questão estão em boa parte intimamente relacionadas a duas importantes correntes de pensamento da Saúde Coletiva, identificadas e nomeadas por pesquisadores da área que são: Vigilância à Saúde (VISAU) e Em Defesa da Vida (DV).<sup>7,8</sup> Portanto, após descreverem-se as principais características dos programas, projetos e políticas da área, desenvolvidos pelo MS no decorrer dos anos 2000, buscou-

se suas aproximações teóricas com estas correntes.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ com protocolo número 070/11.

## Resultados e Discussão

A Saúde Coletiva que se desenvolve nas décadas de 1970-80 no Brasil privilegiava, à época, o enfrentamento de aspectos macrosociais que determinam o processo saúde-doença. Buscava discutir a necessidade de mudança no modo de produção capitalista com intuito de garantir a equidade na distribuição de bens e serviços, porém, ainda sem adentrar nos aspectos microsociais ou micropolíticos.<sup>9</sup> Dessa forma, percebendo-se tal limitação, no decorrer dos anos 1990, algumas correntes se desenvolveram com o intuito de propor alternativas para a mudança do processo de trabalho em saúde, com destaque para a Vigilância à Saúde e Em Defesa da Vida, que se fortaleceram em âmbito nacional a ponto de influenciar as produções de políticas públicas.

Nesse contexto, muitas estratégias governamentais, com intuito de avançar na construção do SUS, passarão a basear-se em matrizes discursivas de correntes da Saúde Coletiva. Observou-se que o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (Promed), o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) estão intimamente relacionados com a corrente VISAU. Já a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (Educar-SUS), a Aprender-SUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Aprender-

SUS), e o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Brasil (VER-SUS/Brasil) correlacionam-se com a corrente DV. Tais propostas não serão situadas em linearidade cronológica, mas pela articulação da produção de enunciados que definem suas proposições teórico-práticas.

Vale ressaltar que as aproximações encontradas devem ser pensadas no contexto da descontinuidade dos governos, na polifonia conceitual e nas disputas entre os próprios pesquisadores identificados como pertencentes à mesma corrente. Portanto, não há aplicação de modelos teóricos na sua pureza, e sim um conjunto de ações desenvolvidas por sujeitos de diferentes contextos em disputa, que utilizam as matrizes da Saúde Coletiva para produzir propostas governamentais e provocar mudança na educação dos trabalhadores da saúde.

### O Promed, Pró-Saúde, PET-Saúde e a corrente da Vigilância à Saúde

Cronologicamente o primeiro programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde na área em análise foi o *Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina*, lançado em 2001. Baseou-se na construção de estratégias de mudança na formação dos médicos por meio do oferecimento de cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em medicina com intuito de adotar processos de mudança nos currículos. O enfoque eram as necessidades de saúde da população e do SUS e a programação de estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços, possibilitando a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção

primária à saúde, como o Programa Saúde da Família, designado nos últimos anos de Estratégia Saúde da Família (ESF). O Projeto recomendou as seguintes mudanças pedagógicas: ênfase na medicina preventiva com valorização do conceito de saúde em detrimento da doença; humanização do atendimento com formação de base ética sólida; incentivo ao ingresso dos futuros médicos em ações da atenção primária à saúde e promoção da abertura dos serviços universitários à demanda do SUS. A proposta do Promed se fundamentou em três eixos principais: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenário de práticas. Para cada um desses eixos foram descritos vetores, com os caminhos para alcançá-los, nos quais havia o detalhamento de três estágios. Os cursos enviaram suas propostas situando em que estágio consideravam estar no momento, para cada vetor proposto.<sup>10,11</sup>

Aos moldes do Promed, em 2005, o MS, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), lança nova proposta para incentivar mudanças nos cursos já participantes da primeira versão, incluindo-se graduações em enfermagem e odontologia. Trata-se do *Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. A nova proposta tem intuito de incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população a partir da abordagem integral do processo saúde-doença. Os enunciados do Programa são semelhantes ao do Promed, sendo dada maior ênfase à integração ensino-serviço na atenção primária à saúde.<sup>12</sup>

O Programa contemplou inicialmente os cursos de medicina, enfermagem e odontologia adotando como justificativa a inserção destes profissionais nas equipes mínimas da ESF. Tal escolha foi defendida a partir da ideia de que a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação,

o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação.<sup>13</sup>

Em 2007, no entanto, a partir da pressão exercida pelas outras profissões de saúde, o Programa lança nova chamada de propostas abrangendo todos os cursos de graduação da área. Na versão de 2005, mantida com as mesmas características em 2007, o Programa utiliza-se da metodologia de aplicação do Promed, adotando como estratégia a perspectiva de que os principais eixos que devem ser reorientados simultaneamente na formação são a orientação teórica, os cenários de prática e a orientação pedagógica.<sup>12, 14, 15</sup>

Em relação ao Promed, são observadas algumas alterações nas novas propostas, como a inclusão do vetor determinantes de saúde e doença no eixo orientação teórica. O eixo propõe que o estágio mais avançado ocorre quando se dá importância equivalente aos determinantes da saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológico-social. No eixo cenário de práticas foram incluídos dois novos vetores: integração docente-assistencial e articulação dos serviços universitários com o SUS. Para o eixo orientação pedagógica, incluiu-se análise crítica da atenção primária à saúde.<sup>12</sup>

Outra iniciativa de articulação entre os ministérios se inspirou no Programa de Educação Tutorial do MEC. Trata-se do *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde* que nasce em 2008 como uma das ações criadas com objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS. A educação pelo trabalho, o conceito-chave do projeto, é sua principal estratégia. O objetivo geral é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se

como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações de todos os cursos de saúde.<sup>16</sup>

Entre os objetivos específicos e resultados esperados da proposta estão a integração ensino-serviço-comunidade; a institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; a constituição de núcleos de excelência em pesquisa aplicada à atenção primária; a satisfação do usuário do SUS; a promoção da capacitação docente dos profissionais dos serviços e o incentivo ao ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.<sup>16</sup>

O Programa compõe-se de propostas que são enviadas com participação de Instituições de Educação Superior, públicas ou privadas sem fins lucrativos, que tenham firmado parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde. Permite a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes dos quatorze cursos de graduação da área da saúde. O PET-Saúde é desenvolvido a partir da aprovação das propostas enviadas, por meio da disponibilização de bolsas para grupos de estudantes, professores e profissionais dos serviços que implementam atividades educativas e pesquisas em unidades do SUS, inicialmente na ESF e, a partir de 2010, nos setores de Saúde Mental e Vigilância à Saúde. Em 2011, MS e MEC lançam novo edital que integra o Pró-Saúde com o PET-Saúde, com intuito de articular as duas estratégias, que até então ocorriam independentes.<sup>14,17,18,19</sup>

A nova proposta permanece usando a ideia dos mesmos três eixos para a mudança na formação, observando-se algumas diferenças apenas de nomenclatura em relação ao último Pró-Saúde. Dentre as diferenças observadas está a incorporação da discussão da priorização da APS como núcleo coordenador e ordenador do cuidado e à articulação das propostas com

as redes de atenção à saúde.<sup>19</sup>

Há muitas aproximações das bases teóricas que constituem as produções enunciativas dos programas acima com a corrente da Vigilância à Saúde. Seu enunciado “orientação do modelo de ensino a partir de estudos clínico-epidemiológicos ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo de saúde-doença” evoca a ideia trazida pela corrente da necessidade de articulação teórico-prática para o aprofundamento dos avanços da epidemiologia crítica. É a partir dessa articulação que a corrente tem produzido suas propostas de mudança nas formas de organização tecnológica do trabalho em saúde. Define-se que o desenvolvimento do ensino baseado na produção da ciência da epidemiologia e suas interfaces com as produções tecnológicas do trabalho em saúde são considerados potenciais indutores de novos arranjos nas práticas profissionais e de ensino na saúde.<sup>7,8,16</sup>

O tema da determinação do processo saúde-enfermidade-atenção, muito semelhante à ideia de determinantes de saúde e doença dos programas acima, tem tido forte importância na evolução de conceitos desenvolvidos pela VISAU, principalmente a partir da década 2000. No mesmo eixo discursivo de valorização da epidemiologia, as produções teóricas têm transitado entre a discussão de modelos epidemiológicos de determinação social e a dimensão da desigualdade social. A corrente propôs o modelo teórico do Modo de Vida e Saúde que define uma estrutura explicativa partindo-se da articulação entre os circuitos dialéticos fundamentais trabalho, reprodução social e modo de vida. Discute-se ainda que o papel das desigualdades sociais na produção da doença deve ser compreendido ao se abordar a questão dos estados, processos e eventos, para então, determinar ocorrência, forma e atuação dos gradientes sociais. Dessa maneira, a corrente entende que se deve explorar o

impacto das desigualdades sociais como determinantes, na qualidade, estilo de vida e nas condições de saúde dos sujeitos.<sup>20,21,22</sup>

Outra proposição bastante significativa de tais programas refere-se à prioridade da articulação do ensino com a atenção primária à saúde (APS). As propostas discutem que para a transformação do modelo de ensino é necessário focar-se nos principais problemas de saúde da população valorizando a ESF como principal espaço de integração ensino-serviços. Os modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos na APS são incentivados nas propostas do MS inclusive com a sugestão de constituição de núcleos de excelência em pesquisa aplicada nesta área.<sup>7,11,23,25</sup>

A centralidade da ESF está atrelada à ideia da VISAU de gestão local dos territórios, entendidos como os espaços privilegiados para operações organizadoras dos processos de trabalho em saúde. Portanto, a proposta da VISAU tem balizado o arcabouço teórico da ESF, considerando-a espaço importante para a reorganização da prática médica, clínica, a partir da ampliação de seu objeto de trabalho, passando do indivíduo para a família.<sup>7,24</sup>

Em articulação com a ideia do fortalecimento da APS, os programas analisados propõem que a promoção da integração ensino-serviço-comunidade deve ocorrer no âmbito do desenvolvimento das redes de atenção à saúde. As redes são apontadas como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, tendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado. As redes são discutidas pela VISAU por meio do debate da necessidade de desconstrução dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados para as situações agudas e agudizações de condições crônicas, para um sistema integrado em redes.<sup>19,24</sup>

Dessa forma, propõem-se redes de atenção, bastante influentes na última

proposta do Pro-Saúde e PET-Saúde, como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Tais redes são organizadas em função da epidemia moderna das condições crônicas.<sup>18,24</sup>

### A Educar-SUS, Aprender-SUS, VER-SUS e a corrente Em Defesa da Vida

A *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS* foi apresentada em 2003 referindo-se que sua produção considerou análise cuidadosa e organizada das iniciativas anteriores no campo do desenvolvimento dos profissionais de saúde, das experiências de mudança na graduação, dos estudos a respeito do processo de especialização em serviço, das experiências de educação popular em saúde e de práticas inovadoras de educação na saúde. Dessa forma, a EducarSUS contemplava concomitantemente políticas na área de formação dos trabalhadores da saúde e de seu desenvolvimento, englobando, portanto, iniciativas no campo da graduação, formação técnica e de pós-graduação, além da educação permanente a partir dos serviços de saúde.<sup>26</sup>

No que diz respeito ao ensino de graduação, buscou-se como eixo estratégico o incentivo à implementação das DCN para os cursos de nível superior da área da saúde. Para tanto, concentrou-se nos seguintes enfoques:

(...) desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de

metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitassem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação; diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimento relevante para o SUS.<sup>27,49</sup>

Para o desenvolvimento de tais propostas, o MS propôs a realização de ações específicas para a mudança na graduação: cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços; especialização para docentes em educação de profissionais de saúde; implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes; desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar e desenvolvimento de estágios de vivências no SUS.<sup>27</sup>

Durante a operacionalização da proposta foi lançada em 2004 a *AprenderSUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde*, com intuito de dar um passo considerado essencial para a construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior. Partiu-se da ideia de que predomina formação alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde, e que a graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao controle social. Dessa forma, buscou-se promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitassem atenção integral e humanizada à população brasileira.<sup>28</sup>

Nesse contexto, a proposta prevê que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências

ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas ao desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.<sup>28</sup>

A integralidade foi o conceito estrutural da proposta para as ações que devem nortear as práticas na produção do cuidado, sobretudo no desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, tendo em vista um sistema de saúde usuário-centrado. Buscou-se provocar interações que garantissem a pluralidade de atores envolvidos, conferindo transversalidade às ações, seja na integração de saberes e práticas que incluíssem a ampliação das práticas clínicas, o conhecimento da realidade, a permeabilidade aos usuários, o acolhimento e responsabilização, vínculo, intersetorialidade, resolutividade e as práticas locais de ensino e saúde.<sup>28,29</sup>

Dentre as ações desenvolvidas pela Aprender-SUS estão: a publicação de convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; inclusão de linhas de financiamento para apoiar processos de mudança nas relações institucionais da educação superior com as redes de gestão, de atenção e de controle social do SUS e implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas.<sup>27</sup>

Além destas ações, buscou-se com os Polos de Educação Permanente em Saúde em 2004, compostos por instâncias colegiadas com participação de gestores, usuários, trabalhadores, docentes e estudantes, a promoção da interinstitucionalidade e participação de diversos atores na

definição dos projetos de mudança. Em tais espaços, as propostas particulares para a construção de estratégias de mudança no ensino das profissões da saúde, ligados ao fortalecimento do SUS, deveriam ser discutidas e deliberadas.<sup>26,28</sup>

Por fim, desenvolveram-se os estágios de vivência no SUS a partir da aproximação com estudantes da área da saúde. Baseou-se em experiências como a da parceria da Secretaria Estadual de Saúde e a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com os estudantes da área da saúde, que em 2001, desenvolveram os estágios de vivência no SUS. A proposta foi incorporada como projeto político do MS em 2003, que criou, em parceria com diversas executivas e diretórios nacionais de estudantes da área da saúde, o *Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Brasil*. As vivências se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos reflitam sobre ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas.<sup>30,31,32</sup>

Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo de aproximadamente 15 dias no mesmo espaço físico, compartilhando experiências do contato com a realidade do SUS, com a expectativa de que a cotidianidade imprima marca fundamental à vivência. O VER-SUS/Brasil tem como objetivo a criação de novas relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores de saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais. O Projeto foi interrompido em 2005, sendo reiniciado com apoio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, da Rede Unida e da Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2011.<sup>33,34,35</sup>

Apresentadas as propostas consideradas parte do mesmo projeto, observa-se que as matrizes discursivas que permeiam seus enunciados aproximam-

se do ideário da corrente DV. A ideia de buscar-se formar os profissionais através da construção do atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, com desenvolvimento de sua autonomia, aproxima-se do enunciado da corrente de que a gestão de modelos de atenção à saúde deve ter o intuito de ampliar a capacidade resolutiva e promotora de autonomia. A DV propõe que os serviços de saúde, incluindo rede de atenção primária à saúde, unidades hospitalares e outros, sejam espaços onde se garantam a captação e gerenciamento da complexidade das necessidades de saúde, desenvolvendo a autonomia dos usuários até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.<sup>8,28</sup>

A orientação das graduações para a integralidade, apresentada como meta principal das políticas acima, é proposta como um processo que se dá através da aproximação de princípios que possibilitem atenção integral e humanizada à população. Para a DV, a atenção integral se refere, pelo menos, ao reconhecimento da produção de subjetividade; da presença das histórias individuais, coletivas, sociais, familiares e/ou culturais e dos adoecimentos como vivências no andar do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. Já a humanização, por sua vez, se refere, pelo menos, à restituição da unidade entre a área científica e a área de humanidades, ciências naturais, entre afetividade, racionalidade cognitivo-instrumental e alteridade e entre razão e emoção.<sup>35</sup>

As categorias cuidado e sistema de saúde usuário-centrado, presentes nas políticas analisadas, são valorizadas pela DV ao discutir a necessidade de que a centralidade da atenção à saúde seja o usuário. Propõe-se que a orientação do cuidado deve ser direcionada para com o outro, não para com os fatores externos ao encontro, como a técnica, a rotina, o protocolo, a profissão ou a instituição, mas para a centralidade no contato com a

alteridade. Desse modo, a ideia de trabalhar desde a graduação, com noções que buscam fortalecer o cuidado enquanto constituinte de relações de alteridade, aproximam as propostas desenvolvidas pela DV com as últimas políticas em análise.<sup>27,36</sup>

A inclusão de diferentes atores nos processos de construção da reforma sanitária é almejada pela Educar-SUS a partir da visualização da necessidade de articulação de todos os elementos possíveis para criar um contexto de formação mais favorável. Para tanto, propõe a implementação de políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes por meio do desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar e de interação com a rede de serviços, usuários e controle social.<sup>5</sup>

Esta construção se aproxima do conceito do Método Paidéia, proposto pela DV, que discute os coletivos como produtores de valores de uso (bens e serviços) que venham a cumprir, no cotidiano insitucional, articulação e partilhamento de poderes com vistas ao aperfeiçoamento das pessoas e instituições. O método reconhece a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses espaços de produção de subjetividade, passíveis de transformação, como instrumentos para realização de desejos coletivos.<sup>37,38,39</sup>

Teoricamente, a ideia remete ainda ao conceito do quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, desenvolvido pela DV como a possibilidade de relações orgânicas entre as estruturas da gestão sanitária (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação), os órgãos de controle social (movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas em espaços universitários ou não, hospitalares ou não).<sup>40</sup>

Por fim, o conceito de cadeia de cuidado progressivo à saúde, encontrado na Educar-SUS, assemelha-se ao de linhas de cuidado proposto pela DV. As linhas de cuidado propõem que as intervenções ocorram em toda a cadeia de produção da saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Tal cadeia, além de ser constituída na atenção à saúde, perpassa pelo campo da gestão, articulando intervenções desde o equacionamento de tecnologias a medidas de regulação. No que diz respeito à integralidade, a linha de cuidado opera a partir do conceito de cuidado, o qual é capaz de impactar o processo de saúde e doença partindo do lugar singular do encontro que só o trabalho vivo pode dar conta.<sup>26,41</sup>

### Considerações Finais

O desenvolvimento de políticas públicas com objetivo de incentivar mudanças na educação dos trabalhadores da saúde tem tido grande importância no Brasil. A articulação com as transformações propostas pelo SUS e pela reforma sanitária brasileira é um movimento de intensa produção de inovação para os campos da saúde e da educação. A construção de propostas é atravessada por projetos que disputam modos de entender e agir sobre a produção do cuidado e atenção à saúde, e conseqüentemente, dos modelos de atenção à saúde e de educação.

Mesmo reconhecendo toda riqueza e extensão da produção da Saúde Coletiva, que não se esgota nesse debate, a análise das matrizes discursivas permitiu compreender o contexto de sua produção discursiva em interface com políticas de incentivo à mudança na formação em saúde. As propostas de governo não estão vinculadas a modelos pré-determinados, mas revelaram-se como potentes experimentadoras e

construtoras de proposições teórico-práticas para a mudança no ensino dos trabalhadores.

As diferentes políticas de mudança e suas redes de relações enunciativas se encontram no cerne do movimento macro e micropolítico das reformas sanitárias desencadeadas no Brasil. São fruto de toda articulação teórico-prática e política para a produção de um modelo de atenção à saúde contrário ao biomédico, centrado no biologicismo, discurso assimilado por ambas as correntes da Saúde Coletiva estudadas. Nesse jogo discursivo, a produção de consensos, entre os diferentes modos de ver o campo, perpassa pela comum demanda da sociedade brasileira por um sistema de saúde que promova a integralidade e que seja universal e equitativo.

Ressalta-se ainda, que, mesmo podendo-se encontrar trechos discursivos que são claramente apresentados nos enunciados das políticas de mudança no ensino das profissões de saúde, nas

suas inter-relações com as correntes de pensamento da Saúde Coletiva, deve-se compreender que sempre há dinamicidade na produção de discursos e práticas no cotidiano das políticas sociais em seus locos de desenvolvimento. Os efeitos e resultados das políticas aqui analisadas são múltiplos, pois se desenvolvem em contextos singulares nos mais diversos cenários de produção da educação, cuidado, gestão e participação no âmbito do SUS. As escolas possuem processos internos de debate e formulação curricular e, quando acionadas pelas propostas de governo, disputam as produções a partir de seus interesses e necessidades.

Por fim, reitera-se que as relações entre enunciados não podem ser inteiramente separadas, como se fossem dissecadas, sem levar em conta a constituição subjetiva e atemporal dos desejos dos sujeitos que as produzem, mesmo que sejam úteis para o debate e avaliação das inovações no campo da formação de trabalhadores da saúde.

### Referências

1. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*, fev. 2002; 06(10): 37-50.
2. Feuerwerker LCM, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulg. Saude Debate*, jul. 1996; 12(1): 24-28.
3. Brasil. Assembleia Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: MP, 1988.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
5. \_\_\_\_\_. Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 9 de jun.
6. Foucault M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Graal, 1972.
7. Teixeira CF. *A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Desatando nós, criando laços*. Saúde debate, Rio de Janeiro, set./dez. 2003; 27(65): 257-277.

- <sup>8</sup>. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2005.
- <sup>9</sup>. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997: 75-130.
- <sup>10</sup>. Oliveira NA et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Rev. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, jul./set. 2008; 32(3): 333-346.
- <sup>11</sup>. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- <sup>12</sup>. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- <sup>13</sup>. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- <sup>14</sup>. \_\_\_\_\_. Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Diário Oficial da União 2007. 26 de nov.
- <sup>15</sup>. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS et al., (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006: 137-170.
- <sup>16</sup>. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União 2008. 26 de ago.
- <sup>17</sup>. \_\_\_\_\_. Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União 2010. 3 de mar.
- <sup>18</sup>. \_\_\_\_\_. Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Saúde Mental. Diário Oficial da União 2010. 17 de set.
- <sup>19</sup>. \_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010. 3 de mar.
- <sup>20</sup>. \_\_\_\_\_. Edital nº24 de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior. Diário Oficial da União 2011. 15 de dez
- <sup>21</sup>. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, out./dez. 2004; 9(4): 865-884.
- <sup>22</sup>. \_\_\_\_\_. A problemática teórica da determinação social da saúde: nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento. Saúde debate, Rio de Janeiro, set./dez. 2009; 33(83): 349-370.

- <sup>23</sup>. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Programa de Educação Tutorial: apresentação. (Texto da Internet). 2013. Disponível em <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480/](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480/)>. Acessado em: 16 mar 2013.
- <sup>24</sup>. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- <sup>25</sup>. Mendes EV. (org.) A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPAS/MS, 1993. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde).
- <sup>26</sup>. Brasil. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2003.
- <sup>27</sup>. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Educação na Saúde. Aprender-SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- <sup>28</sup>. \_\_\_\_\_. Convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- <sup>29</sup>. \_\_\_\_\_. VER-SUS Brasil: Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- <sup>30</sup>. \_\_\_\_\_. Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: Caderno de Textos. Brasília, 2004, 299 p. (Textos Básicos de Saúde, Série B).
- <sup>31</sup>. \_\_\_\_\_. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União 2004. 12 de fev.
- <sup>32</sup>. Torres OM. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS-Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. 2005.
- <sup>33</sup>. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS: apresentação. 2013 [texto da internet]. Disponível em <<http://versus.otics.org/versus-1/apresentacao>>. Acessado em: 14 jan. 2013.
- <sup>34</sup>. Ceccim RB, Bilibio LFS. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003: 343-372.
- <sup>35</sup>. Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: Marins JJN et al (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004: 346-390.
- <sup>36</sup>. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu), 2009; 13, supl.1: 531-342.
- <sup>37</sup>. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 1997. 3ed.

<sup>38</sup>. \_\_\_\_\_. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, mar. 2006; 4(1): 19-31.

<sup>39</sup>. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, fev. 2007; 23(2): 399-407.

<sup>40</sup>. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, jan./jun. 2004; 4(1): 41-65.

<sup>41</sup>. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, set. 2010; 14(34): 593-606.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n3p87-101>

## MODELO ASSISTENCIAL DA CASA DA SAÚDE: REESTRUTURANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ITÁLIA

The health care model of “Case della salute”: Restructuring primary health care in Italy

**Ardigò Martino**

Universidade de Bologna-Itália,  
Professor, Doutor.  
**Email:** ardigma@gmail.com

**Brigida Lilia Marta**

Universidade de Bologna-Itália,  
Medico.  
**Email:** brigida.marta@gmail.com

**Francesco Sintoni**

Universidade de Bologna-Itália,  
Medico.  
**Email:** sintofra@gmail.com

**Túlio Batista Franco**

Universidade Federal Fluminense-  
Brasil, Professor Associado, Doutor.  
**Email:** tuliofranco@gmail.com

**Resumo**

A Casa de Saúde pretende assistir à população nos cuidados primários da clínica integrando ações de prevenção e promoção, bem como atendimentos em algumas especialidades e diagnoses. Tem referência territorial e pretende interagir com a comunidade. O acolhimento e a educação permanente estão presentes como diretrizes. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório sobre esta recente experiência, em que os aspectos analisados foram aparecendo na medida em que os dados foram sendo produzidos. Como fontes de dados foram utilizados documentos do gestor regional (Emilia-Romagna, Itália) e da Casa da Saúde ‘Terre e Fiumi’ de Copparo, em Ferrara, além das reflexões resultantes de metodologias qualitativas: observação direta do seu funcionamento, registros de diário de campo, narrativas de gestores, coordenadores de serviços e trabalhadores, atividades de educação permanente. A construção de uma rede de Casas da Saúde é importante para romper com um modelo centrado na atenção hospitalar. Os médicos de família, que antes trabalhavam em seus respectivos consultórios e agora passaram a trabalhar na Casa da Saúde, representam uma transição muito importante, mas no momento insuficiente para caracterizar reestruturação produtiva e trabalho em equipes multiprofissionais, ressaltando-se que os médicos não são funcionários públicos, mas trabalham sob contrato liberal. Também a

organização dos serviços parece ainda favorecer um modelo de produção do trabalho em saúde fragmentado. Conclui-se que são necessários investimentos, sobretudo em educação permanente, para promover a reorganização dos processos de trabalho, com o objetivo de proceder a uma reestruturação produtiva, o que pode configurar de fato a mudança do modelo assistencial em um modelo de atenção primária em saúde.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde pública; sistemas de saúde.

### Abstract

This paper presents the preliminary findings of an ongoing research concerning a recently introduced innovation in the Italian National Health System, named “Casa della Salute” or CdS (literally, “the house of health”). The research focuses on the experience of the Emilia-Romagna Region (RER). The CdS aims to offer to the population access to the whole health care service, including primary care, health promotion and prevention, as well as outpatient specialist care and diagnostic services. The CdS is responsible for the population of a territory, and is designed to interact with its community. Integrated, person-oriented care strategies as well as continuous education programs – foreseen by the model – are not yet implemented. The data used for the research includes reports from the regional health authorities, reports from the CdS “Terre e Fiumi” (“lands and rivers”) in the municipality of Copparo (Ferrara), as well as primary data obtained through qualitative methodologies: direct observation, field notes, narratives collected from key informants (regional health authorities managers and local coordinators

of health services) and from permanent education (EP) activities. The results show that the network of services realised through the CdS is a promising step towards moving from the present model of hospital-centred care, and its limits. In order to reach this, the integration of general practitioners into the CdS network will represent a key issue. GPs are traditionally used to work in their offices, while the new model encourages them to move into the CdS. However, this shift seems to be insufficient to promote a real transformation in the model of care. GPs are not public servants and work “outside” of the national health care system. This negatively affects their capacity to work in multidisciplinary teams. In the same way, the current organization tends to maintain a high degree of fragmentation among services. Finally, more investments on the new organizational model are needed, and could be directed particularly towards EP. In our experience, this approach proved to be a powerful tool to foster a reorganization of work processes aimed at transforming the health care system towards a primary health care model.

**Keywords:** primary health care; public health, health systems

### Resumen

La Casa de la Salud tiene como objetivo ayudar a la población em la clínica de atención primaria de la integración de la prevención y la promoción, así como la atención em algunas especialidades y medios de diagnóstico. Tiene referencia territorial y desea interactuar com la comunidad. El acogimiento y la educación permanente están presentes como directrices. Se trata de una investigación exploratoria sobre

esta reciente experiência. Se realizou el análisis mientras que los datos se producen. Como fuentes de datos se utilizaron los documentos de la Administración Regional de Salud de Emilia-Romagna em Italia, dela Casa de Salud ‘Tierra y Ríos’ de Copparo Ferrara, además se utilizaron las reflexiones resultantes de los datos recolectados con metodologías cualitativas: observación participante, diario de campo, entrevistas narrativas con gerentes, coordinadores de servicios y trabajadores, actividades de educación continua. La construcción de una red de casas de salud es importante para romper con una atención centrada em los hospitales. Algunos de los médicos defamilia que antes trabajaban en sus oficinas ahora comenzaron a trabajar en la Casa de la Salud, esto es una transición muy importante, pero no es todavía suficiente para caracterizar una reestructuración productiva y la producción de trabajo em equipos multidisciplinarios, porque los médicos siguen siendo trabajadores liberales y no funcionarios públicos. Además la organización estructural de los servicios favorece todavía un modelo de producción em salud fragmentado. Se concluye que es necesario invertir más energía, sobre todo em el aprendizaje permanente, para promover la reorganización de los procesos de trabajo com el fin de llevar a cabo un proceso de reestructuración, lo que puede realmente cambiar el modelo de atención centrado em los hospitales em un modelo de atención primaria em salud.

**Palabras clave:** atención primaria de la salud; salud pública; sistemas de salud.

### Introdução

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.<sup>1:898</sup> Este é o processo que se verifica atualmente na Itália, tendo em vista o fenômeno de envelhecimento da população, decorrente, segundo Soliani<sup>2</sup>, de fatores como a taxa de natalidade, fecundidade, morbidade e mortalidade. Na Itália mesmo com variações econômicas, por exemplo, desenvolvimento econômico positivo no período entre 2002 e 2006, ao qual se seguiu uma redução da atividade econômica, mantém-se a tendência de uma população que envelhece, com aumento significativo de idosos em relação à população economicamente ativa. Importa observar que a transição epidemiológica é uma produção social, que cria interferências no modelo assistencial, que é tensionado para mudar seu padrão de cuidado da população e também os serviços de saúde, na medida em que aumenta a prevalência de problemas de saúde relacionados ao envelhecimento, como as doenças crônico-degenerativas.

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Tais aspectos representam importantes desafios e fomentam a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso.

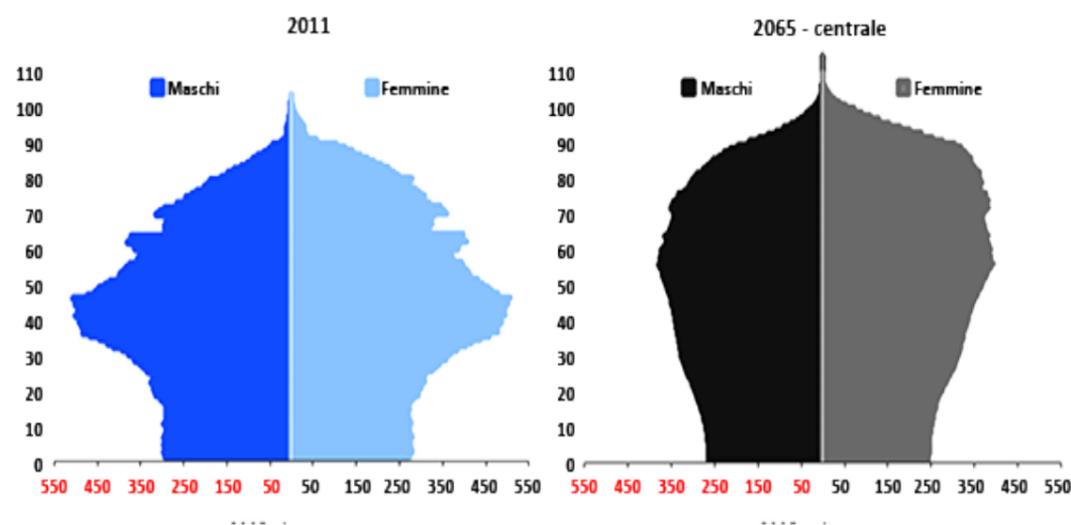
A questão deste texto vem no sentido de discutir, a partir do processo de transição epidemiológica na Itália, um

novo dispositivo de cuidado que surge no cenário das políticas de saúde que são as “Casas de Saúde”, entendendo que tal instância é uma das repercussões do processo vigente, das novas necessidades de cuidado da população, onde a atenção primária é entendida como prioridade.

Primeiramente, apresentam-se alguns dados relativos ao fenômeno do envelhecimento da população italiana, um dos determinantes do processo de transição epidemiológica. Isto justifica a discussão posterior, relacionada ao que se entende ser um processo instituinte, de mudança do modelo assistencial, mesmo que ainda inicial, mas já indica e dá uma ideia do futuro onde a atenção primária tem uma missão importante a cumprir na produção do cuidado. A Itália, assim como outros países com índice de desenvolvimento humano elevado<sup>3</sup>, está experimentando um progressivo envelhecimento da população, os maiores de 65 anos eram 20,3% do total da população em 2011, com previsão de ser mais que 32% a partir de 2043.<sup>4</sup>

Como é possível observar na Figura 1, o envelhecimento da população é acompanhado ainda por uma baixa natalidade, com uma taxa de fecundidade de 1,42 em 2012 (era 1,45 em 2008), com quase 54 mil nascidos(de pais italianos) a menos, em relação àquele ano. Essa tendência é parcialmente compensada com os fluxos migratórios, com a chegada de novos migrantes, entre os quais a taxa de natalidade é mais alta (taxa de fecundidade das mulheres estrangeiras na Itália é de 2,37).<sup>5</sup>

**Figura 1** - Pirâmide De População Em 2011 E Perspectivas Para 2065 – Itália.



Fonte: Il futuro Demografico del Paese, ISTAT – 28 dicembre de 2011, Itália, p.5.

Estes processos, combinados com as profundas transformações na sociedade devido aos fenômenos ligados à globalização, estão contribuindo para uma rápida transformação do perfil epidemiológico da Itália, com aumento consistente da prevalência das doenças crônicas (segundo as estimativas de 2011 da OMS, 92% da mortalidade italiana é devida às doenças não comunicáveis<sup>6</sup>, entre idosos (65-74 anos), ‘muito idosos’ (a partir de 75 anos) e ‘grandes idosos’ (como são chamados os maiores de 80 anos), que representam os usuários que mais frequentam e consomem os serviços de saúde na Itália. Esta população em geral apresenta demandas de procedimentos de alta complexidade devido à incidência

de patologias crônicas graves ou patologias múltiplas, e está aumentando a pressão no sistema de saúde também por conta dos processos ligados à crise econômica (piora das condições gerais de vida e aumento da demanda de saúde, tendo como resposta do sistema as internações hospitalares e consultas especializadas<sup>7</sup>). Devido à origem multifatorial das doenças crônicas e as interações complexas entre indivíduos, ambiente e redes sociais, a resposta dos serviços de saúde tem se fundamentado exclusivamente na abordagem biomédica, nos serviços de alta densidade tecnológica (tecnologias duras), especializados e hospitalares. Projetos terapêuticos para cuidados à população em geral, restritos a estes recursos, estão diminuindo a eficácia das intervenções assistenciais, aumentando os custos do sistema, e não respondendo satisfatoriamente às necessidades da população.<sup>8</sup>

Neste sentido tomou-se por referência a ideia de que saúde é um direito fundamental, e cabe aos estados nacionais prover a população serviços e produtos que garantam um cuidado integral. A primeira referência neste sentido vem na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.<sup>9:3</sup> Acompanhando esta ideia a Constituição da República Italiana adota o princípio de que a saúde é um direito fundamental, garantindo-o no seu Art. 32: “A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante o cuidado gratuito aos indigentes.”<sup>10</sup> Para se responsabilizar pela saúde da população, na dimensão de direito fundamental, é necessário implantar medidas que considerem o perfil epidemiológico, os dados socioambientais e a referência territorial das populações, além de adotar um modelo assistencial centrado na APS e em tecnologias relacionais para a produção do cuidado.

Em 2005, depois da publicação do relatório da OMS sobre doenças crônicas (Preventing chronic diseases: a vital investment<sup>11</sup>), o Ministro da Saúde assumiu o compromisso de criar um plano pela prevenção das doenças crônicas, começando com a tradução em italiano e a divulgação do relatório. Logo depois, com a lei n. 296, de 27 de dezembro de 2006<sup>12</sup>, iniciou-se um processo de implementação de serviços de cuidados primários à saúde, cujo eixo norteador é o modelo da ‘Casa da Saúde’. A região Emilia-Romagna está entre as primeiras regiões italianas a adotar o modelo com a lei Dgr 291 do 2010 - “Casa della salute: indicazione regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale”.<sup>13</sup>

O Centro de Saúde Internacional e Intercultural da UniBo, junto a vários colegas de universidades brasileiras (UFRGS, UFF, UFPBA, UFMS) está desenvolvendo, desde 2013, uma pesquisa-intervenção com enfoque em algumas casas da saúde da região, especialmente nas províncias de Bolonha e de Ferrara. Este trabalho apresenta os resultados preliminares da pesquisa.

## Materiais e Métodos

Este artigo é produto de uma pesquisa de caráter exploratório, que tomou como objeto a recente experiência de construção da APS na Itália, região de Emilia-Romagna. Foram produzidos dados através de uma pesquisa quanti-qualitativa<sup>14</sup> com base na metodologia da pesquisa-formação-intervenção<sup>15</sup> participada<sup>16,17</sup>, utilizando-se fontes documentais (dados secundários) produzidas pelo gestor regional quanto à situação epidemiológica na região e às necessidades de saúde da população, assim como relatórios e diretrizes de organização das Casas da Saúde (CS); e também

documentos produzidos da Casa da Saúde “Terre e Fiumi” localizada em Copparo, município de Ferrara, utilizada como estudo de caso na presente análise.

Esses documentos foram armazenados em uma pasta comum e disponibilizados não somente ao grupo de pesquisa, mas para todos os sujeitos envolvidos e foram utilizados como materiais para as atividades de educação permanente e para as atividades de análise participativa das informações.

Juntamente com tal base empírica, foram utilizados como instrumentos para reflexão e elaboração do presente relato e utilizando metodologias etnográficas<sup>18</sup>: diário de campo individual e coletivo, entrevistas com informantes-chaves, entrevistas biográficas e narrativas, e ferramentas de análise baseadas no processo de educação permanente<sup>19,20,247</sup> e de produção de cuidado em saúde<sup>21</sup>, além da análise textual dos relatórios das oficinas realizadas com gestores, profissionais e comunidade. A observação deu-se tomando por referência os aspectos de estrutura, funcionamento e resultados esperados com a sua organização. Na oportunidade foram tomadas narrativas dos gestores e coordenadores de serviços das CS, e dos profissionais dos serviços que relataram os aspectos funcionais e os desafios das mudanças que estão sendo programadas, sendo conjuntamente analisados os posicionamentos e as relações entre os diferentes atores.

O que se aborda neste artigo refere-se às atividades realizadas entre janeiro de 2013 e maio de 2015. A partir destas atividades foi realizada uma triangulação das informações<sup>22</sup> obtidas por diferentes fontes informativas e metodologias. Os diários de campo, as transcrições das entrevistas e a descrição do processo de organização em curso foram analisados mediante metodologias de análise textual, análise discursiva e análise conceitual.<sup>23</sup>

Foram analisados de forma participativa os conteúdos éticos, simbólicos e a forma como o processo de implantação da Casa da Saúde é apresentado e justificado. O objetivo pactuado dessa primeira fase foi definir o contexto material e simbólico onde a experimentação está se desenvolvendo, os princípios declarados e não declarados, e o posicionamento dos atores envolvidos. Essas informações são consideradas relevantes na avaliação da pesquisa que está sendo realizada, além da produção de trabalho em saúde realizada nas Casas da Saúde em estudo. A tentativa é de realizar os ajustes necessários para as próximas etapas da pesquisa: intervenção e dar sugestões aos gestores e profissionais envolvidos quanto à revisão da arquitetura do sistema e da produção do trabalho.

## Resultados e Discussão

No período relatado foram promovidas cerca de 200 horas de atividades de educação permanente com trabalhadores dos serviços sociais, profissionais da Casa da Saúde, médicos de medicina da família e gestores. Foram realizadas 36 visitas técnicas em quatro Casas da Saúde e cinco atividades de extensão em duas Casas da Saúde envolvendo estudantes da UniBo, profissionais e gestores do serviço de saúde e social. Duas atividades foram realizadas articulando os profissionais da Casa da Saúde e a comunidade, e 16 encontros técnicos com três núcleos de trabalho que estão experimentando a implantação de atividades similares ao do Agente de Saúde, mas dirigidas à população vulnerável. Foram efetivados outros 75 encontros técnicos com gestores de serviço e gestores regionais do sistema de saúde da região Emilia-Romagna e 20 encontros com responsáveis do Curso de Enfermagem e Medicina, na UniBo, para a discussão quanto à realização de atividades

de extensão como estratégias para adaptar o currículo ao novo cenário epidemiológico e de organização dos serviços. Quanto à análise documental, foram coletadas as leis que fundamentam a constituição da Casa da Saúde na Itália e na região da Emilia-Romagna, os relatórios técnicos e os documentos internos do sistema de saúde.

### *A Construção da Atenção Primária à Saúde na Região Emilia-Romagna e a produção de cuidado*

Dos temas levantados na pesquisa-ação, são aqui desenvolvidos dois: a dificuldade de mudar o sistema de valores do serviço, centrado na doença, para focar na saúde dos sujeitos; e a permanência de tensões políticas, econômicas, sociais e culturais que estão produzindo fragmentação e falta de coerência no campo das ações de cuidado em saúde.

Inicialmente, pode-se afirmar sem muita surpresa que a Casa da Saúde representa uma novidade relativa no sistema de saúde, nem todos os usuários e profissionais estão cientes da existência desse dispositivo de cuidado, mesmo ela estando implantada na Região de Emilia-Romagna e em outras regiões. Trata-se de uma unidade de saúde próxima do que no Brasil se conhece por Unidade Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). O aspecto mais importante é o fato de que até então os serviços de assistência à saúde territoriais, na Itália, estiveram sempre organizados de forma fragmentada e com uma lógica operacional referente aquela hospitalar, mas desde 2009, mediante uma proposta do governo nacional de adesão voluntária de experimentação dirigida às Regiões (Presidente do conselho Romano Prodi, de centro-esquerda), algumas Regiões começaram a organizar novos serviços de APS. A DGR nº 427 de 2009 ‘Diretrizes para implementação regional do PPSR 2008-2010 para a qualificação dos cuidados

primários através do desenvolvimento dos profissionais de assistência à saúde’ identifica novos modelos organizativos e assistenciais que possam ser tomados como referência para ofertar uma assistência coerente com a necessidade de saúde, e enquanto apresenta uma importante oportunidade para avaliar e validar novos papéis e responsabilidades profissionais.

A Região Emilia-Romagna é uma região historicamente ligada à esquerda política italiana, portanto pode-se ressaltar que a adesão da administração regional ao modelo proposto pelo governo central de centro-esquerda manifesta conotação política, além de técnica. Esse ponto é importante porque configura uma mudança de sistema produzida de forma *top-down*, em um contexto onde o nível de reflexão da comunidade, de usuários, profissionais e gestores não é ainda suficiente para suportar uma mudança tão radical. Outro elemento importante é que tal opção coincide com a recente crise econômica na região do euro, resultando em menor capacidade fiscal dos governos em financiar os caros serviços de saúde. Fechar os hospitais torna-se assim mais fácil para os políticos, podendo mostrar à população que está em processo a constituição de uma alternativa apresentada como mais eficaz e mais eficiente. Da mesma forma não surpreende uma forte resistência a esse processo expressa quer pela minoria política no parlamento regional e nas prefeituras, por vários profissionais e gestores, e mesmo por uma parte consistente da comunidade, que em algum contexto chegou a ocupar fisicamente hospitais para impedir que fossem fechados. Se de um lado a motivação governamental vai ao encontro da organização de serviços de atenção primária, pela necessidade política e pelas vantagens de custos que estes representam, por outro se pode constatar que se abre uma oportunidade única de vivenciar um novo modo de funcionamento dos serviços.

Novas referências de cuidado colocam-se na cena de discussão das políticas de saúde, do processo de trabalho dos médicos e demais profissionais, que ganham centralidade na agenda dos gestores de serviços. Além do mais, a relação com os usuários passa a ocupar um campo próprio e importante de discussões entre aqueles pensam esta nova modalidade assistencial.

De acordo com o Relatório da Região de Emilia-Romagna publicado em 2011<sup>24,7</sup>, iniciou-se a organização junto aos Departamentos de Atenção Primária, e suas articulações territoriais: os Núcleos de Cuidados Primários (NCP), cuja localização constitui um dos elementos fundamentais para favorecer o melhor cuidado dos usuários. Trabalha-se aqui a integração dos profissionais, prioritariamente os médicos de medicina geral, médicos de continuidade assistencial, e pediatras com liberdade de escolha do usuário, os especialistas ambulatoriais, os enfermeiros, obstetras e assistentes sociais. A evolução dos NCP e sua inserção na rede de serviços e saúde, assim como a sua constituição como referência territorial para os usuários, conduziu ao que se constituiu nas Casas da Saúde (CS).

A missão da Casa da Saúde está definida da seguinte forma:

A realização das CS está inserida no percurso de redefinição dos serviços territoriais iniciados na Região da Emilia-Romagna para melhorar o acolhimento, a proximidade do cuidado e a continuidade assistencial. As CS começaram pela Agência de Inovação para a Assistência Primária, tendo como objetivo a consolidação de iniciativa estrutural e organizativa segundo um modelo multidisciplinar e interprofissional com esclarecimento do papel e da relação dos e entre os atores. As CS são estruturas de saúde e sócio-sanitárias do núcleo de cuidados primários com o objetivo de fornecer aos cidadãos um ponto de referência certo, distribuído

de modo homogêneo ao qual é possível recorrer em cada hora do dia. A CS “Terre e Fiumi” identifica como sua finalidade e coloca no centro do próprio modelo (visão) a resposta às necessidades de saúde buscando a tempestividade, a essencialidade e a adequação, a continuidade dos cuidados e a integração com os outros profissionais, a fim de garantir a produção e prestação dos serviços essenciais em relação às necessidades dos cidadãos.”<sup>25</sup>

Nesse texto, encontram-se as principais diretrizes que norteiam a ideia de organização de ‘Casas da Saúde’ da região de Emilia-Romagna na Itália.

Em articulação com os princípios gerais do que foram as ideias originais da APS, o modelo italiano é herdeiro de sua própria história, combina princípios que vêm da construção da atenção primária desde a Conferência de Alma-Ata, com a especificidade da realidade local, por exemplo, o fato de considerar a clínica e o cuidado como componentes e associados às diretrizes com base na vigilância à saúde e no território. É possível perceber o interesse na constituição de um serviço que opere a clínica já instituindo a ideia de inter e multidisciplinaridade, e ao mesmo tempo processos de prevenção e promoção à saúde. Em relação aos seus objetivos o documento de apresentação da proposta diz o seguinte: “Os objetivos gerais têm por referência as indicações e instruções das diretrizes regionais, e são atribuíveis aos seguintes itens: assegurar um único ponto de acesso ao cidadão; garantir continuidade da assistência 24 horas nos 7 dias da semana; organizar e coordenar a resposta ao cidadão; reforçar a integração com o hospital com particular respeito à proteção, cuidado integral de algumas patologias crônicas, compartilhamento de diretrizes e protocolos assistenciais para patologias que requerem recursos de elevada complexidade; melhorar o cuidado integral

à pessoa com problemas de saúde mental; desenvolver programas de prevenção dirigidas ao indivíduo; à comunidade, a alvos específicos; promover integração com serviços sociais e com a rede de serviços sócio-sanitários; promover e valorizar a participação dos cidadãos; oferecer educação permanente aos trabalhadores.” Através das atividades de pesquisa é possível apreender que há muito o que fazer do ponto de vista prático e operacional, sobretudo para a constituição de equipes, do trabalho multiprofissional e da produção de um cuidado integral.

Mais pontualmente pode-se ressaltar que um primeiro limite é representado pela organização do serviço e um segundo pela formação dos profissionais, pois se percebe muito claramente o peso da história do sistema e as dificuldades em se adaptar às mudanças. Do ponto de vista organizacional, os objetivos gerais da Casa da Saúde vão ao encontro de um tipo de funcionamento de atenção às necessidades dos usuários, olhando inclusive aqueles que trabalham. As Casas de Saúde mantêm a oferta de serviços também à noite (24h, por 7 dias da semana) propondo-se a funcionar, inclusive, como retaguarda do hospital, recebendo egressos de internação, garantindo a continuidade dos cuidados e combinando programas de prevenção, integrando essas atividades com a comunidade, valorizando a participação dos usuários.

Na prática o processo de empresariamento (aziendalizzazione), iniciado em 1992, com a lei 502<sup>26</sup> tem produzido a entrada da lógica do gerenciamento econômico no sistema de saúde italiano. Com o decreto legislativo n. 229 de 19 de junho de 1999 a responsabilidade do serviço de saúde passa às Regiões, as quais herdaram a lógica de organização e avaliação de tipo empresarial. A unidade organizacional do serviço de saúde italiano é a AUSL<sup>1</sup> (‘Azienda’ Unidade de Saúde Local). A AUSL tem responsabilidade de oferta de serviços de saúde, gestão, avaliação dos serviços e vigilância sanitária e epidemiológica. Nessa estrutura fundamental do sistema, os diferentes serviços são organizados de forma verticalizada, como evidenciado pela Figura 2<sup>27</sup>, que mostra o organograma da AUSL de Modena.

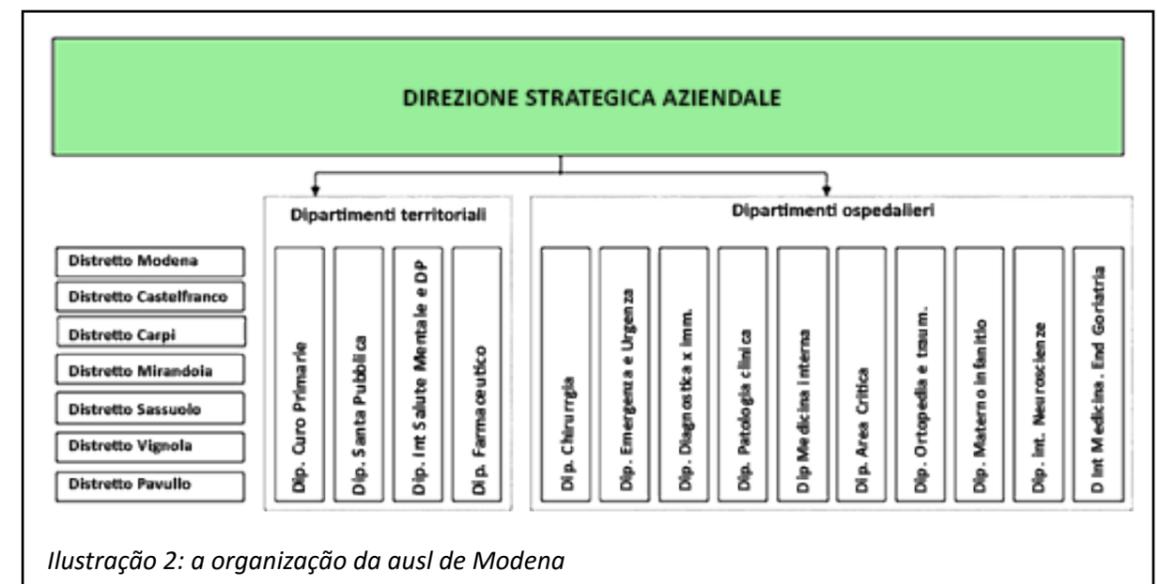


Ilustração 2: a organização da ausl de Modena

<sup>1</sup> O AUSL é uma entidade pública da República Italiana. Cada uma das 21 Regiões da República é dividida em várias AUSL, que são empresas com personalidade jurídica pública e são centros de imputação de autonomia empresarial. O AUSL tem autonomia organizacional, gerencial, técnica, administrativa, financeira e contábil. Eles devem cumprir os deveres do sistema nacional de saúde italiano em uma determinada área geográfica. Em termos concretos, são as Autoridades de Saúde Pública local, são os responsáveis por os cuidados de saúde para a população de um território e são produtores e/ou compradores de serviços.

Serviços, mas constitutivamente separa os diferentes “pedaços” da atenção que conformam o cuidado. Além da separação entre serviços territoriais e serviços hospitalares, chama à atenção a separação entre o departamento de Cuidado Primário e o departamento de Saúde Pública, duas funções fundamentais na atenção primária e na produção de integralidade. Além disso, como acontece em muitos outros países, o sistema de serviços sociais é separado da saúde, produzindo ainda mais fragmentação, especialmente em relação aos doentes crônicos, idosos, de baixa renda e/ou com outros problemas sociais relevantes. A última consideração é a respeito da integração território-serviço de APS e entre serviço de APS com os níveis superiores. Do lado da integração território-serviço, é visível a falta de um profissional com funções parecidas ao agente de saúde. Sendo assim, a Casa da Saúde não muda realmente seu papel de sistema curativo a sistema preventivo-promotor-curativo.<sup>28:44</sup> Por outro lado, na presente experiência, nas Casas da Saúde onde se organizam atividades de encontro com a comunidade, registrou-se uma dificuldade na realização desses encontros. Os profissionais e a “comunidade” não têm uma ideia clara de como esse encontro deveria acontecer e nas reuniões presenciadas, registrou-se uma dificuldade de comunicação e de pactuação. Desse modo, mesmo declarado como objetivo torna-se muito difícil realizar a integração entre sistema primário e outros níveis, dificultando também a produção de um sistema de cuidado integral e a realização de um sistema de referência e contra referência eficaz.<sup>29:549</sup>

Outra dificuldade relevante é representada por uma anomalia do sistema de saúde italiano, ou seja, a forma de contratualização do médico de família. No modelo italiano, os médicos colocam-se “fora” do sistema de saúde, são remunerados por captação e trabalham

em seus consultórios privados com base em um contrato com o sistema público de saúde. A adesão ao modelo da Casa da Saúde é, até o momento, feita de forma voluntária e o sistema não tem como forçar esses profissionais médicos a aderir nem tem instrumentos para modificar os processos de produção de trabalho. Sendo assim, os médicos de família podem se recusar a trabalhar na Casa da Saúde, e mesmo quando da transferência física para dentro da estrutura, podem se recusar a trabalhar em equipe com os outros profissionais que, pelo contrário, são contratualizados pelo Serviço Nacional de Saúde. Outra questão fundamental refere-se à distribuição de médicos de família na população. O médico de família é escolhido por usuários que moram na mesma cidade, independentemente de adscrição territorial. Portanto, pacientes que são atendidos por um médico de família podem pertencer a uma Casa da Saúde diferente daquela a que o médico de família serve. Nesse cenário, sem a adequação e os ajustes necessários, a assistência do médico pode se realizar de forma totalmente ‘aterritorializada’, com uma produção de clínica muito voltada à intervenção do modelo biomédico, mas pouco ao modelo de atenção primária.

Na verdade, de acordo com o próprio Relatório da Região Emilia-Romagna, o médico trabalhando isolado no seu consultório funciona mais como uma porta de entrada para o sistema, e há uma carga burocrática de trabalho muito grande, reduzindo seu trabalho assistencial. Por outro lado, o trabalho na CS

[...] restitui ao Médico de Medicina Geral o papel clínico, e também a titularidade da função de governo sobre o trabalho na clínica, valorizando, a contento, os enfermeiros na atividade de cuidado, aconselhamento, assistência, acompanhamento no itinerário terapêutico, adesão à terapia.<sup>24:10</sup>

A mudança no processo de trabalho na situação estudada ainda é insuficiente para caracterizar uma mudança no modo de produzir o cuidado.

A alteração da contratualidade do médico é uma questão importante, pois, na sua quase totalidade mantém um contrato como profissional liberal, colocando-se separado do sistema de saúde, e desta forma, com baixa possibilidade de: constituição de vínculo necessário, responsabilização, acompanhamento dos projetos terapêuticos dos usuários e especialmente constituição de rede com os demais profissionais da saúde. Os que têm aderido à proposta de CS declaram inicialmente o apoio à experiência, e consideram melhora no seu processo de trabalho. Mas a própria experiência da CS é inicial e esta questão merece uma atenção especial pela centralidade que tem no desenvolvimento do modelo assistencial e o modo de produção do cuidado.

A associação da clínica com as atividades de prevenção de doenças na Casa da Saúde se dá, por um lado, pela natural necessidade de cuidados clínicos que se verifica nas redes de atenção primária. Esta associação da clínica e o campo da vigilância à saúde é importante para a integralidade do cuidado. Isto não significa que havia um processo de reestruturação produtiva até então, ou seja, que as práticas biomédicas tenham sido substituídas por outros modelos e processos de trabalho para o cuidado à saúde. Com base em observações mais próximas ao cotidiano dos serviços e sua micropolítica deverá ser avaliado se há um processo de inversão das tecnologias de trabalho nos processos produtivos, por exemplo, com prioridade das tecnologias leves e o uso das tecnologias duras e leve-duras na medida exata da sua necessidade.<sup>30:180</sup>

Do ponto de vista das diretrizes assistenciais formuladas para a Casa da Saúde há uma intenção declarada de produzir um processo de reestruturação

produtiva, ou seja, não apenas alterar as referências de rede de cuidado à saúde, deslocando a centralidade do hospital para uma rede da APS, mas construir um novo modo de produzir o cuidado, como se pode ver abaixo:

Os aspectos e princípios da Casa da Saúde são o acolhimento e a orientação nos serviços, sócio-sanitários e assistenciais, a assistência sanitária para problemas ambulatoriais urgentes, a gestão de patologias crônicas, através da integração da assistência primária com serviços especializados, os itinerários para diagnósticos e as intervenções de prevenção e promoção da saúde.<sup>24</sup>

Torna-se especialmente interessante o fato de que a ideia do acolhimento está presente nas diretrizes, tratando-se de dar um conteúdo à ela, atribuindo ao conceito o que propõe Franco, Bueno e Merhy: como um atender bem, encaminhar, resolver, se responsabilizar, e para isto é necessário mudar os processos de trabalho. Esta mudança deve vir na direção de uma maior integração no trabalho dos profissionais, compondo de fato a interdisciplinaridade, um processo de trabalho em rede, centrado no usuário e uso central das tecnologias leves. É importante a instituição desta diretriz, que cria a possibilidade de um processo de reestruturação produtiva de fato, que possa inverter o modelo de produção do cuidado.

Através das atividades de pesquisa tem-se evidenciado uma dificuldade dos profissionais em transformar os hábitos de trabalho, sendo três os maiores temas relacionados com a mudança de trabalho: a formação universitária; a história consolidada de produção de trabalho em saúde dos profissionais e do serviço; e a dificuldade dos gestores em aceitar mudanças na produção de trabalho sem poder ter indicadores de resultado, sendo

que eles são vinculados à produção de prestações com metas. É importante registrar que os profissionais envolvidos na pesquisa têm valorizado muito a perspectiva da educação permanente como uma ferramenta fundamental na constituição dos serviços. Tal possibilidade se conecta com a necessária manutenção de programas formativos, servindo os mesmos como dispositivo para qualificação dos serviços e mudanças no processo de trabalho.

A respeito da formação existem vários elementos levantados. Os profissionais com experiência maior lamentam a falta de formação para trabalhar no novo cenário. Quando a formação é oferecida, nem sempre é considerada adequada ao contexto de trabalho do profissional, mesmo sendo avaliada como de boa qualidade. Quando a formação de boa qualidade é compatível com o serviço, outra questão que emerge é a dificuldade dos gestores em conceder mudança na organização do trabalho. Profissionais lamentam que o gestor não os deixem colocar em ato as boas práticas que eles têm aprendido ao longo do curso. Por último, tanto os gestores quanto os jovens trabalhadores lamentam a distância entre a formação acadêmica e as competências necessárias para trabalhar no novo cenário. A respeito disso, a distância entre universidade e mundo do trabalho é considerado um problema pelos profissionais, pelos gestores e também pelos políticos. Partindo do pressuposto que é necessário gerar uma reestruturação produtiva para que a Casa da Saúde cumpra o que está definido nas suas diretrizes, entende-se que este processo deva ter a educação permanente como dispositivo para fomentar mudanças necessárias, operando principalmente sobre a micropolítica do processo de trabalho.

A educação permanente consiste em um processo de educação centrado no trabalho, tomando os cenários de práticas de cuidado e todas as atividades do cotidiano como insumos para o processo de ensino-

aprendizagem do profissional de saúde.<sup>31</sup> Por exemplo, se uma equipe que cuida de um usuário vem empreendendo uma série de atividades no seu projeto terapêutico, este pode servir como elemento para o processo de educação. Busca-se então analisá-lo com base nas narrativas dos próprios profissionais, remontando a história do usuário e todo seu percurso no serviço de saúde, em detalhes, tendo como foco o trabalho e as relações entre os próprios profissionais e destes com os usuários. Tal estratégia possibilita uma análise detalhada do processo de trabalho e do modo como se produz o cuidado, e como são os profissionais que fazem a análise; sendo eles protagonistas deste trabalho, a análise se volta para eles mesmos, operando assim um processo também de autoanálise. A autoanálise é a possibilidade de crítica sobre seu próprio processo de trabalho, abrindo para uma ruptura com aquilo que ele mesmo considera inadequado, e para a construção de novas práticas e relações no ambiente de cuidado.

Partindo da educação permanente tal como pensada aqui, consideram-se as unidades de produção do cuidado como unidades de produção pedagógica.<sup>32</sup> Sendo assim toda atividade de trabalho na Casa da Saúde pode ser atividade de ensino-aprendizagem. E os processos em curso podem operar este processo de educação em duas dimensões: a cognição, que se refere ao conhecimento técnico; e a subjetivação, que diz respeito à mudança das subjetividades. Enfim é necessário investir na mudança da micropolítica do processo de trabalho para que ocorra uma mudança no modelo de produção do cuidado. Esta é uma possibilidade já experimentada em outros serviços e, portanto com demonstração do grande potencial da educação permanente como dispositivo de mudança e qualificação da atenção primária.<sup>33</sup>

## Considerações Finais

A experiência verificada até aqui indica um importante progresso em relação ao modelo anterior, em que a assistência à saúde estava centrada no trabalho de tipo hospitalar, que era utilizado para todo tipo de cuidado, e não apenas àquele que necessitava de uma tecnologia hospitalar específica. A “Casa da Saúde” é uma experiência recente que traz elementos positivos no sentido de compor uma integralidade dos serviços, associando a clínica e ações de prevenção e promoção, com inserção na sociedade e participação dos usuários. É ainda uma experiência limitada territorialmente, pois está reduzida a apenas algumas regiões italianas. Nos lugares em que está implantada é possível disparar um processo de reestruturação produtiva, ou seja, o deslocamento de grande parte das práticas de cuidado hospitalares para este equipamento, configurando um novo tipo de cuidado à saúde, com base em um outro processo de trabalho.

O processo é inicial e, portanto, há muitos elementos e serem trabalhados, como por exemplo, o que se refere à composição de equipes multiprofissionais, à qualificação das relações entre profissionais e usuários, onde os espaços de fala e escuta entre ambos seja valorizado como prática cotidiana do cuidado e da clínica. Mais do que as Casas da Saúde que fortalecem a atenção primária, é necessário operar mudança nos processos de trabalho, uma questão fundamental para o sucesso desta experiência, naquilo que ela se propõe, conforme declarado em seus documentos.

No momento o mais importante é acompanhar de perto a experiência, procurando interagir com os processos em curso, e na medida do possível compor com os trabalhadores e usuários que estão envolvidos no esforço de mudar o modelo de assistência à saúde na Região de Emilia-Romagna na Itália. Ao mesmo tempo considera-se fundamental disparar processos de análise, educação e aprendizado da experiência, usando como proposta a educação permanente.

## Referências

- Schramm JMA et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(4):897-908.
- Soliani L. *La popolazione: previsionidemografiche 2010-2030*. Disponível em: <[http://www.ilborgodiparma.it/documenti/Parma\\_Citta\\_Comunita/LA%20POPOLAZIONE1.pdf](http://www.ilborgodiparma.it/documenti/Parma_Citta_Comunita/LA%20POPOLAZIONE1.pdf)>. Acesso em: ago 2014.
- HumanDevelopment Index. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi>>. Acesso em: jul 2014.
- Il futuro demograficodelpaese, 2011. Disponível em: <<http://www.istat.it/it/archivio/48875>>. Acesso em: jul 2014.
- Natalità e feconditàdellapopolazione residente, 2013. Disponível em: <<http://www.istat.it/it/archivio/104818>>. Acesso em: jul 2014.
- World Health Organization - NCD Country Profiles , 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/countries/en/>>. Acesso em: jul 2014.

7. STAT (a cura di) La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi 2013. Disponível em: <<http://www.istat.it/it/archivio/108565>>. Acesso em: jul 2014.
8. Progetto Presidio Casa della Salute (CdS) Regione Toscana Adeguamento ed implementazione.
9. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. UNIC / Rio / 005 - Dezembro 2000.
10. Repubblica Italiana. Costituzione de la Repubblica. Disponível em: <<http://www.governo.it/Governo/Costituzione/principi.html>>. Acesso em: jul 2014.
11. Tunstall-Pedoe H. "Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005; p. 200. CHF 30.00. Also published on [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en)." *International Journal of Epidemiology* 35.4 (2006): 1107-1107.
12. Italia. Presidenza della Repubblica. Legge n. 296, de 27 de dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2006-12-27;296>>. Acesso em: jul 2014.
13. Italia. Giunta della regione Emilia Romagna. Progr.Num. 291/2010. Disponível em: <[http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-291-2010-201ccasa-della-salute-indicazioni-regionali-per-la-realizzazione-e-lorganizzazione-funzionale201d/at\\_download/file/Dgr.%20291.2010.pdf](http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-291-2010-201ccasa-della-salute-indicazioni-regionali-per-la-realizzazione-e-lorganizzazione-funzionale201d/at_download/file/Dgr.%20291.2010.pdf)>. Acesso em: jul 2014.
14. Pope C, Mays N, Popay J. *Synthesising Qualitative and Quantitative Health Evidence: A Guide to Methods*. McGraw-Hill Education (UK), 2007.
15. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 2004; 14(1): 41-65.
16. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 2006; 60(10): 854.
17. McIntyre A. *Participatory action research*, 52. Sage Publications, 2007.
18. Silverman D. *Qualitative research*. Sage, 2010.
19. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, 2005; 16(9):161-168.
20. Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994.
21. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005:181-193.
22. Denzin, Norman K. "Triangulation 2.0." *Journal of Mixed Methods Research* 6.2 (2012): 8
23. Silverman, David, ed. *Qualitative research*. Sage, 2010.
24. Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali "Le Case della Salute funzionanti, La rete dei Professionisti."

25. Documento di presentazione della Casa della Salute. Terre e Fiumi Asl Ferrara, Regione Emilia-Romagna
26. Ferré F et al. Italy: Health system review. 2014.
27. <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8447>
28. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 54
29. Mendes, Eugênio Vilaça. "As redes de atenção à saúde." Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (2011): 549.
30. Merhy EE. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
31. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG). *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-353.
32. Franco TB. Health care production and pedagogical output: integration of health care system settings in Brazil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007; 11(23): 427-438.
33. Pinto S et al. *Tecendo Redes: Os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2012.

## PERFIL PROFISSIONAL TENDO O SUS COMO BASE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DA ÁREA DA SAÚDE NO PROCESSO AVALIATIVO

Professional profile having SUS as base of curriculum guidelines area health in the process evaluative

### Suzana Schwerz Funghetto

Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal.  
**E-mail:** sfsuzana@gmail.com

### Sueli Macedo Silveira

Pedagoga. Servidora do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. Coordenadora de Avaliação de Cursos e Instituições de Ensino Superior. Diretoria de Avaliação da Educação Superior.  
**E-mail:** sueli.silveira@inep.gov.br

### Alexandre Magno Silvino

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pesquisador Tecnologista da Coordenação Geral de Avaliação da Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação. Brasília, DF.  
**E-mail:** alexandre.silvino@inep.gov.br

### Margo Gomes de Oliveira Karnikowski

Farmacêutica. Professora doutora Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal.  
**E-mail:** margo@unb.br

### Resumo

O perfil profissional comum descrito nas diretrizes da área da saúde aponta para uma formação atrelada às necessidades da população, com a diversificação dos cenários de práticas e o fortalecimento da parceria e da interação entre ensino-serviço e comunidade, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal discussão tem como base a concepção desse perfil construído a partir da necessidade uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e o trabalho em equipe que atenda as necessidades de saúde da população brasileira. Este artigo traz algumas reflexões sobre a concepção de perfil profissional da área da saúde descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e os resultados obtidos na avaliação *in loco* previstos pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Foram realizadas análises descritivas em dados secundários de 1.048 avaliações no período de 2012 a 2014. Os resultados apontam para o papel da avaliação como indutora

de qualidade no processo de construção dos projetos pedagógicos, bem como a necessidade de reflexão pela área sobre a concepção desse perfil profissional comum de acordo com os princípios do SUS, com a contextualização da formação em relação a região de saúde, com os problemas do país e as necessidades de conhecimento impostas pelo mundo moderno.

**Palavras-chave:** perfil, saúde, formação, avaliação, SUS, SINAES

### Abstract

The common professional profile described in the directives of the area of the health points to a formation harnessed to the necessities of the population, with the diversification of the sceneries of practices and the strengthening of the partnership and of the interaction between teaching-service and community, in accordance with the beginnings of the Only System of Health (SUS). Such a discussion takes as a base the conception of this profile built from the necessity a formation general, humanist, critical and reflexive and the work in team who attends the necessities of health of the Brazilian population. This article brings some reflections on the conception of professional profile of the area of the health described in the National Curriculum Directives (DCN) and the results obtained in the evaluation in loco predicted by the National System of Evaluation of the Superior Education (SINAES). From 2012 to 2014 were carried out descriptive analyses in secondary data of 1.048 evaluations in the period. The results point to the paper of the evaluation like inducing of quality in the process of construction of the pedagogic projects, as well as the reflection necessity for the

area on the conception of this common professional profile in agreement with the beginnings of the SUS, the contextualization of the formation regarding health region, with the problems of the country and the necessities of knowledge imposed by the modern world.

**Keywords:** profile, health, formation, evaluation, SUS, SINAES

### Introdução

A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde deve estar orientada, a partir dos preceitos constitucionais de 1988, para atender as mudanças paradigmáticas da área, tendo como foco o cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico e social, percebido em sua integralidade e ativo no processo de saúde-doença.<sup>1,2,3,4</sup>

Do Sistema Único de Saúde (SUS) emergem os princípios básicos para o ordenamento da formação de recursos humanos da área, uma vez que as ações de saúde como a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração dos das ações da saúde, o meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde

da população; a capacidade de resolução dos serviços de assistência; e organização para evitar duplicidade de meios para fins idênticos.<sup>5:04</sup>

Para a concretização de mudanças no processo de formação dos profissionais que reflitam na melhoria das ações de saúde no SUS, foi necessário a parceria entre os setores da Saúde e Educação para que houvesse uma reforma curricular dos cursos de graduação que compõem a área.

O Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da Câmara de Educação Superior, é órgão responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade expresso na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse conselho instituído pela Lei 9.131 de 1995 tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação.<sup>6:01</sup>

O processo de elaboração das diretrizes inclui análise das propostas constantes nos pareceres elaborados pelo CNE e submetidos à consulta da comunidade educacional, para que, após esse procedimento, sejam formalizadas em termos de resoluções, de caráter mandatário para todos os sistemas de ensino do território nacional e servem também de referência para os processos de avaliação dos cursos.<sup>7</sup> As diretrizes dos cursos da saúde foram elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério da Educação (MEC) e encaminhadas ao CNE em 2001 para que subsidiassem os pareceres e as resoluções dos cursos dos respectivos cursos graduação.

Após amplo debate<sup>i</sup> com a

<sup>i</sup> Foi realizada, também em 2001, na sede CNE, uma audiência pública, para apreciação das propostas apresentadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESU/MEC, com a participação de

comunidade educacional, científica, dos conselhos profissionais, dos trabalhadores da área da saúde e tendo como elementos básicos de estruturação a definição do *perfil do egresso; as competências e habilidades desejáveis; organização do curso, os conteúdos curriculares; os estágios e as atividades complementares, acompanhamento e avaliação* foram encaminhados pelo CNE<sup>ii</sup> os textos dos pareceres que fundamentaram as resoluções que constituíram-se em orientações para a elaboração dos currículos *com competências comuns<sup>iii</sup> aos profissionais de saúde* que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Em especial, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista

representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida.

<sup>ii</sup> OCNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESU/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESU/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS, Rede UNIDA e Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

<sup>iii</sup> A Rede Unida produziu em 1998 um texto preliminar encaminhado à SESU/MEC, onde formulou competências comuns aos profissionais de saúde. Este texto é conhecido como "Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde", publicado na *Revista Olho Mágico*, disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/n16/home.htm>.

expressa nessas diretrizes<sup>iv</sup>, teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência recebeu influências do SUS, da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990. Outro fator importante a ser destacado é que no momento da publicação em 7 de agosto do 2001 do Parecer CNE 1.133<sup>8</sup>, da Câmara de Educação Superior que tratou Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Esse Parecer definiu o objeto das diretrizes curriculares a partir da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Os profissionais devem nessa perspectiva serem capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.<sup>8</sup>

Stella e Puccini<sup>9</sup> analisam que essas diretrizes se constituem em uma mudança paradigmática na formação dos currículos dos profissionais saúde, pois deixam de se centrar em um modelo flexneriano, biomédico e curativo para desenvolver estruturas curriculares que enfocam o binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Colocam ainda que as ações de promoção e prevenção em educação e saúde na perspectiva da integralidade

<sup>iv</sup> As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição são de 2001, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia de 2002, Biomedicina, Medicina Veterinária de 2003 e Educação Física de 2004. Em 2014, baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que cria o Programa Mais Médicos, são promulgadas as novas diretrizes para os cursos de Medicina.

da assistência devem ser trabalhadas em currículos flexíveis modulares dirigidos para aquisição de um perfil, com habilidades e competências profissionais que possam contemplar tanto o individual quanto o coletivo, em diferentes metodologias de aprendizagem em múltiplos cenários de ensino.<sup>9:53</sup>

Nesse sentido, de acordo com o contexto da época de criação, as diretrizes para a área da saúde foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, público, democrático garantindo a busca pela universalidade e integralidade da atenção.<sup>10,11,12,13</sup>

Nessa perspectiva as diretrizes curriculares da área da saúde para os seus respectivos cursos de graduação são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos.<sup>7</sup>

No Brasil a busca pelos padrões de qualidade na educação superior, expressos na Constituição de 1988 desembocaram em uma série de ações que originaram o atual Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES.<sup>14,15</sup> Embora bastante tensionado pelas diferenças existentes entre as IES, principalmente quanto a sua categoria administrativa (pública ou privada) e sua organização acadêmica (universidades, centros universitários ou faculdades), a proposta do SINAES visa constituir um efetivo sistema integrador, com informações e análises dos resultados das IES, dos cursos e do desempenho dos estudantes permitindo assim a construção e efetivação de políticas educativas de abrangência nacional e também no âmbito institucional formuladas no interior de cada IES.

Nessa perspectiva, a avaliação como um processo dinâmico exige uma permanente mediação pedagógica, fazendo com que o órgão estatal responsável

pela implementação do SINAES, que é o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) acompanhe e revise periodicamente seus procedimentos e instrumentos em consonância com os princípios formativos e pressupostos da qualidade, sempre estabelecendo relações de aproximação conceitual entre avaliador e avaliado.

Após a avaliação realizada por uma comissão de avaliadores graduados na área, o relatório produz um conceito de curso, que é utilizado pela regulação como referencial básico de qualidade.

O objetivo deste estudo analisar o perfil da formação profissional dos profissionais da área da saúde<sup>v</sup> descrita nas diretrizes curriculares nacionais e seus impactos na avaliação *in loco* prevista pelo SINAES. Tal abordagem tem como base o resultado das avaliações realizadas nos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Biomedicina e Educação Física (bacharelado), nos anos de 2012 a 2014. Esse estudo é um recorte de uma tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade de Brasília.

## Método

Este estudo se pautou por dois momentos: a) análise documental a partir das Resoluções que estabelecem as diretrizes de cada um dos cursos: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia,

<sup>v</sup> Os cursos de bacharelado da área da saúde, de acordo com a Resolução CNS nº 278 de 8/10/1998, são: Assistência Social; Biologia; Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Terapia Ocupacional. Para este estudo será focado o processo de avaliação *in loco* dos cursos que envolvem a saúde humana.

Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física. A escolha se deve a comparação dos artigos 4º e 5º das diretrizes que é comum ao grupo de profissões que integram as Ciências da Saúde, correspondendo às Competências e Habilidades Gerais da Profissão (“campo” da saúde) e as Competências e Habilidades Específicas da Profissão (“núcleo” profissional no campo da saúde). Todas as profissões do grupo de Ciências da Saúde, exceto, a Educação Física, referem que as competências e habilidades profissionais específicas da profissão devem estar afetas ao sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe multiprofissional e à integralidade da atenção. b) análise do resultado das avaliações *in loco* dos respectivos cursos, tendo como foco os indicadores do instrumento de avaliação de cursos que traduzem os elementos básicos de estruturação das diretrizes da área da saúde como objetivos do curso, *perfil do egresso; os conteúdos curriculares; os estágios e as atividades complementares, metodologia, estrutura curricular, acompanhamento e avaliação.*

O desenho do estudo demanda a utilização de dados secundários, obtidos via Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES), em dezembro de 2014. Foram gerados da base de informações do sistema eletrônico e-MEC, referentes à 1048 avaliações *in loco* dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridas de 2012 a 2014 para os cursos Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física.

O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação (IACG 2012)<sup>16</sup> presencial e a distância adotado até abril de 2015, disponível na íntegra em ([www.inep.gov.br](http://www.inep.gov.br)). O IACG 2012 é

composto por 63 indicadores, divididos em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos.<sup>17</sup>

Os procedimentos de aplicação, previstos pelo SINAES, consistem em realizar uma avaliação na IES para investigar o curso a partir de documentos apensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, de documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, da análise crítica às instalações e de entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas os avaliadores, que atuam em pares, preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala intervalar de cinco conceitos, sendo 1 o mínimo da escala e 5 o máximo, a média dos valores inseridos por dimensão formam o conceito da dimensão. Os conceitos 3, 4 e 5 são considerados satisfatórios pelo SINAES. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, formam o conceito final que tem arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos. Assim, é por meio das escalas e das descrições dos avaliadores, baseadas nas observações *in loco* e nos estudos das documentações, que os aspectos objetivo e subjetivo da avaliação se comunicam e são descritos qualitativamente.

Após realizamos a análise de conteúdo, conforme Bardin<sup>18</sup> dessas das diretrizes de cada curso que foi sistematizada em três etapas básicas, definidas por Triviños<sup>19</sup> assim realizadas: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. Na etapa de pré-análise, para verificar os conceitos que construíram as diretrizes curriculares dos cursos da saúde que tem com foco uma formação generalista, foram analisados os artigos comuns das resoluções dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina,

Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física. Os artigos comuns na formação são os cinco primeiros, que foram selecionados para essa análise, tendo como parâmetros os conceitos integralidade, universalidade e equidade.

Devido ao objetivo do presente estudo, foi feito um recorte para trabalhar os resultados referentes ao perfil profissional, na Organização Didático Pedagógica (Dimensão 1), retirados os indicadores exclusivos da medicina e que não se relacionassem com a área de saúde. Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente, adotando como variáveis preditoras os cursos e os atos autorizativos, primeiramente foram analisados como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância). Foram analisados apenas os indicadores do IACG 2012 que tivessem relação com o perfil profissional: 1.3 objetivos do curso, 1.4 perfil do egresso, 1.5 estrutura curricular, 1.6 conteúdos curriculares, 1.7 metodologia, 1.8 estágio curricular supervisionado, 1.9 atividades complementares e 1.17 processos de avaliação da aprendizagem.

## Resultados e Discussão

Para verificar as competências comuns que compõem a formação profissional e o perfil construído nas diretrizes propostas para os diversos cursos da área da saúde, bem como na Lei Orgânica 8080/1990<sup>5</sup>, foi necessária a comparação dos artigos pertinentes à formação profissional e aos princípios doutrinários do SUS presentes nesses textos, por vezes expressos de maneiras diferentes, em diferentes pontos e com termos diferentes.

As diferenças entre as Diretrizes que trabalham em formas diversas de redação a apropriação do SUS no país, a experiência da atenção integral a saúde e aprendizagem do trabalho em equipe.<sup>2</sup>

O perfilamento de todas as diretrizes para a área de saúde demonstram diversidade de redação relação ao perfil do egresso. A *Educação Física* é a única profissão da tabela de áreas que não tem texto igual às demais profissões do grupo, mas refere quanto ao seu campo de saberes e ações as perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e a promoção, proteção e reabilitação da saúde. A *formação do enfermeiro* deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Já a *formação do farmacêutico* deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. A *formação do nutricionista* deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. E a formação do *biomédico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, odontólogo e terapeuta ocupacional* devem contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado.<sup>20,21,22,23,24,25,26,27,28</sup>

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da saúde apontam, como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde. Porém, em 2014, as diretrizes da Medicina foram modificadas a partir da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, modificando todas as competências de formação, mas manteve no perfil, no artigo 3º a formação generalista:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.<sup>29</sup>

Talvez essa modificação tenha ocorrido porque a Lei nº 12.871/2014 que estabelece o Programa Mais Médicos, coloque a importância da formação desde o primeiro ano do curso em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS.

Após a análise documental foi realizada a busca pelos resultados da *avaliação in loco* pelo SINAES indicadores do instrumento de avaliação de cursos (IACG 2012). Nessa perspectiva foram escolhidos os indicadores que traduzem os elementos básicos de estruturação das diretrizes da área da saúde como objetivos do curso, *perfil do egresso*; *os conteúdos curriculares*; *os estágios e as atividades complementares*, metodologia, estrutura curricular, *acompanhamento e avaliação*. Dos 1048 relatórios analisados foram verificados os indicadores acima mencionados dos cursos de Biomedicina – BIO (83), Educação Física – EDFIS (268), Enfermagem – ENF (229), Farmácia – FAR (110), Fisioterapia – FISIO (111), Fonoaudiologia – FONO (15), Medicina – MED (72), Nutrição – NUT (97), Odontologia ODONT – (55) e Terapia Ocupacional – TO (8).

De maneira global observou-se que os resultados médios dos indicadores ficaram em torno do valor 3 (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias e Desvios-padrão por indicador

	MÉDIA	DESVIO PAD
1.3	3,37	0,16
1.4	3,41	0,21
1.5	3,14	0,18
1.7	3,33	0,11
1.8	3,27	0,19
1.9	3,24	0,11
1.17	3,5	0,1

Fonte: DAES/INEP, 2014.

Esse conceito é o primeiro nível satisfatório do SINAES e se remete ao que está descrito nas diretrizes dos cursos da área, portanto o seu cumprimento atesta que o curso atendeu às diretrizes, mas não aborda o grau de excelência.

Nos indicadores 1.5 e 1.6 que tratam respectivamente sobre a estrutura curricular e os conteúdos curriculares encontramos a média de conceito 2 para os cursos de Fisioterapia e Educação Física. Chama a atenção, nos indicadores analisados é que nenhum alcança a média do conceito 4.

O indicador 1.3 do IACG 2012 enfoca os objetivos do curso e verifica se estão em coerência com o projeto pedagógico e tem como critérios de análise o perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.

Esse indicador tem com base a construção do conceito de perfil profissional articulado com a estrutura do projeto pedagógico e a justificativa que explica o porquê da proposição do curso, sua implementação e sua consolidação em relação as diretrizes.

Os resultados encontrados para esse indicador apontam para o cumprimento das diretrizes, pois a média dos conceitos está em torno do valor 3.

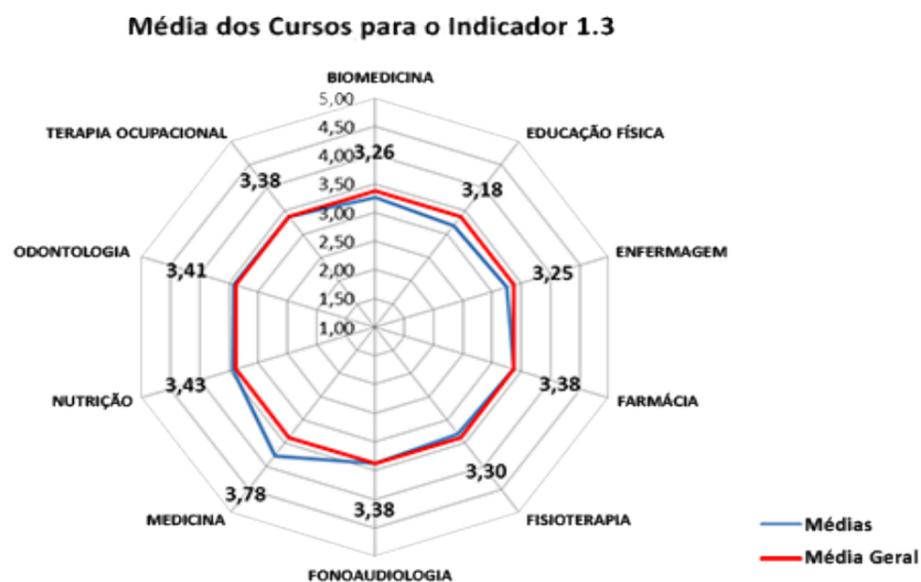


Figura 1: Resultados da média do indicador 1.3 Objetivos do curso – IACG 2012

Esses dados, porém, demonstram pouca inovação em relação ao processo de construção dos PPCs. O estudo de Lopes Neto e seus colaboradores<sup>30</sup>, sobre o processo de avaliação dos cursos da área da saúde nos primeiros anos de implementação do SINAES, aponta para evidências de que a construção e re-construção de PPC, em grande parte das IES, estão restritas à adesão aos termos que integram as DCN. Porém não se verificou a descrição da contextualização das condições de saúde da população em relação a rede de serviços de saúde, da identidade do curso, assim como do perfil do egresso afinado às necessidades sociais e sanitárias, locais e regionais.<sup>30:46</sup> Dos instrumentos utilizados em 2008 para o IACG 2012 houve uma sensível mudança, verificada pelos valores médios obtidos denotando um amadurecimento para o cumprimento dos critérios de análise desse indicador.

O indicador 1.4 verifica o perfil de egresso e suas competências, que devem ser avaliadas de acordo com as diretrizes da saúde. O artigo 4º traz as mesmas competências gerais para área como a *atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento e a educação permanente*.<sup>8</sup>

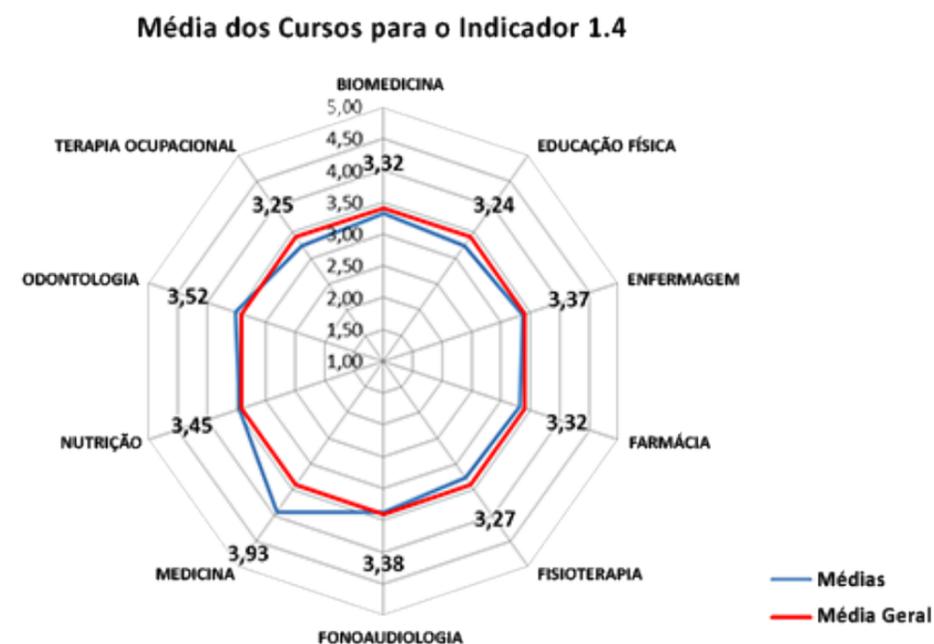
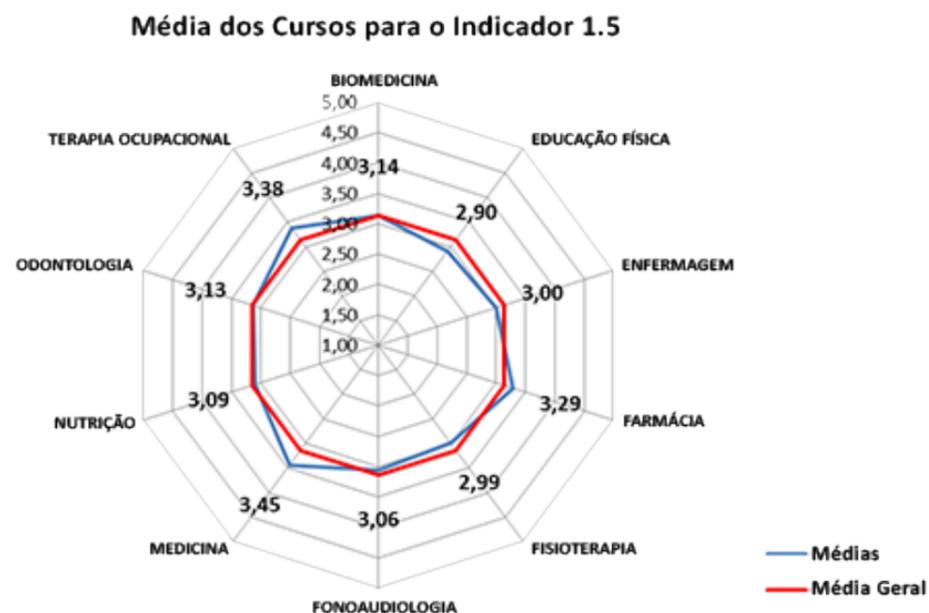


Figura 2: Resultados da média do indicador 1.4 Perfil do Egresso – IACG 2012

Os resultados encontrados nesse indicador sugerem novamente o cumprimento das diretrizes e os esforços dos cursos em traçar o perfil do egresso alinhados às competências comuns da formação do profissional de saúde. Esse desenho pode ser o resultado também da implementação da política de educação permanente prevista pelo Ministério da Saúde.<sup>31</sup>

O indicador 1.5 avalia a estrutura curricular tendo como critérios de análise a flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática.

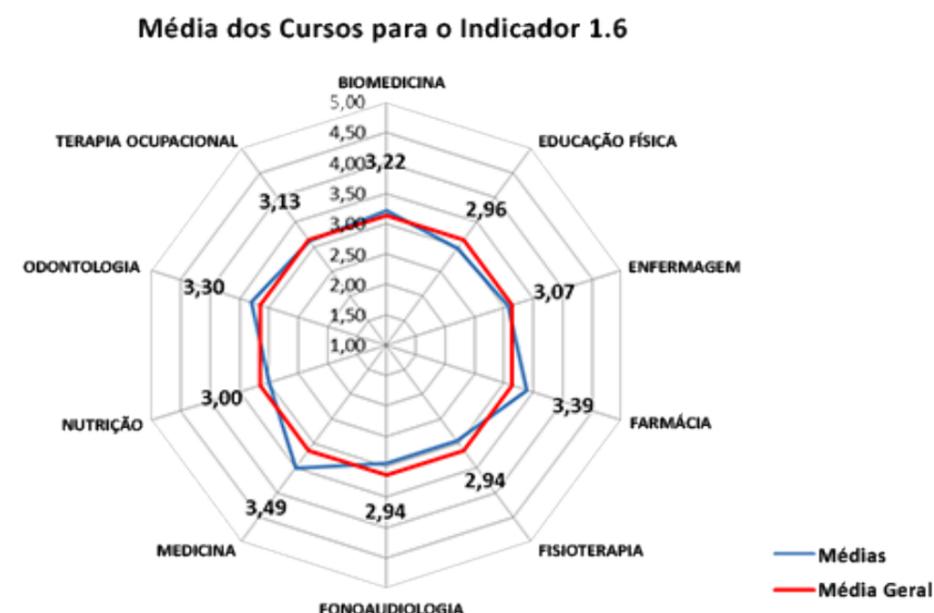


**Figura 3:** Resultados da média do indicador 1.5 Estrutura Curricular – IACG 2012

Os resultados encontrados das médias dos cursos de Medicina, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Fonoaudiologia e Farmácia apontam para o conceito 3, o que sugere articulação entre o que está proposto nas diretrizes e a concepção dos projetos pedagógicos avaliados.

Entre os cursos que tem a média em torno de 3, as maiores estão entre os cursos de Medicina e Terapia Ocupacional. Chama atenção que os cursos de Fisioterapia e Educação Física, médias em torno do valor 2. Uma importante discussão a ser realizada nesse indicador nos remete as questões pertinentes de como esses resultados sugerem um olhar sobre a relação da construção da matriz curricular dos cursos com elementos extraídos das diretrizes, porém com características de grade curricular, isto é, com uma relação estática de disciplinas e cargas horárias sem coerência com a base epistemológica que fundamenta esses elementos com os princípios do SUS, a flexibilização currículo e a formação em serviço.

O indicador 1.6 analisa os conteúdos curriculares tendo como critério de análise o desenvolvimento no currículo dos cursos do perfil do profissional considerando os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.



**Figura 4** Resultados da média do indicador 1.6 Conteúdos Curriculares – IACG 2012

Na concepção das diretrizes e na construção do instrumento de avaliação, ao logo da história do SINAES, os indicadores 1.5 e 1.6 tem articulação e são importantes para uma análise transversal dos currículos. Em relação aos resultados encontrados na área da saúde verificamos uma veracidade nessa informação pois o quadro de médias permanece o mesmo inclusive em relação aos cursos e aos conceitos 3 e 2. Em relação ainda ao perfil e o processo de formação para a integralidade do SUS relacionado com as ações para a construção de currículos podemos evidenciar nos resultados encontrados a necessidade de consolidação por parte dos cursos do conceito de que a formação em saúde tem consonância com o atendimento aos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística com vistas ao desempenho interdisciplinar e técnico nessa área.<sup>3,32:208</sup> Os cursos de Medicina e Odontologia tem as maiores médias, dentro do conceito 3.

O indicador 1.7 enfoca como as atividades pedagógicas estão previstas e a coerência com a metodologia prevista no projeto pedagógico do curso. Nesse gráfico, os dados do indicador, demonstram homogeneidade em relação a média geral que atribuiu o conceito 3 nas avaliações realizadas.

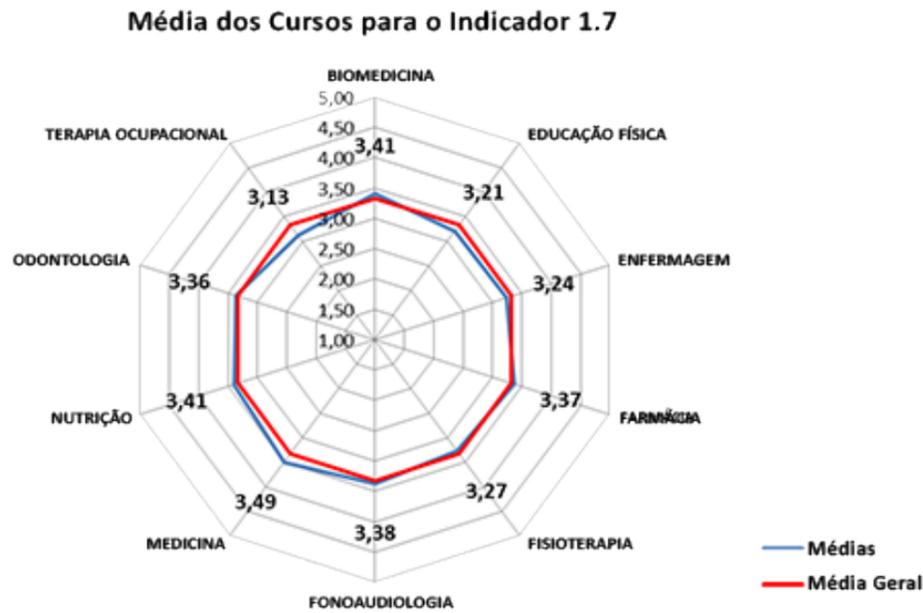


Figura 5 Resultados da média do indicador 1.7 Metodologia – IACG 2012

A homogeneidade na formação encontrada nas avaliações pode estar baseada no Parecer CNE 1.133 de 2001 que dispõe sobre o tema colocando sobre aspectos alunos dos cursos de graduação em saúde devem ter o desenvolvimento de competências e habilidades ao longo do currículo. Essas competências e habilidades são enfatizadas nas diretrizes, conforme os preceitos da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior<sup>33</sup> visando a capacidade de aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, as famílias e as comunidades. Entre os cursos que tem a média de conceito 3 as maiores estão entre os cursos de Medicina, Nutrição e Biomedicina.

O indicador 1.8 verifica as condições de oferta do estágio curricular tendo como critérios de análise carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação. Na faixa do conceito 3 o curso de Fisioterapia apresentou a média geral mais baixa. Há variação entre as médias e as médias gerais dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia e Biomedicina. Essa variação pode estar associada as questões relacionadas a flexibilização prevista para o estágio e as competências e habilidades específicas da profissão.<sup>3,32:209</sup>

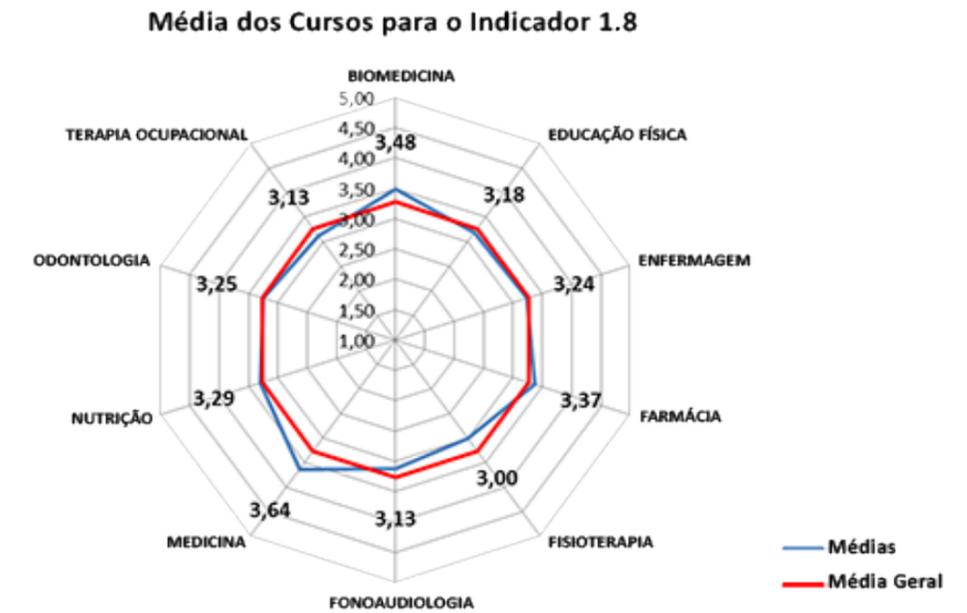


Figura 6 Resultados da média do indicador 1.8 Estágio Curricular Supervisionado – IACG 2012

O indicador 1.9 verifica as atividades complementares e tem como critério de análise previsão/implementação, regulamentação/ institucionalização, carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento. Esse indicador também tem relação com o processo de flexibilização do currículo, pois incorpora as atividades complementares na organização do curso e tem coerência com a concepção utilizada nos estágios curriculares.<sup>30:47</sup>

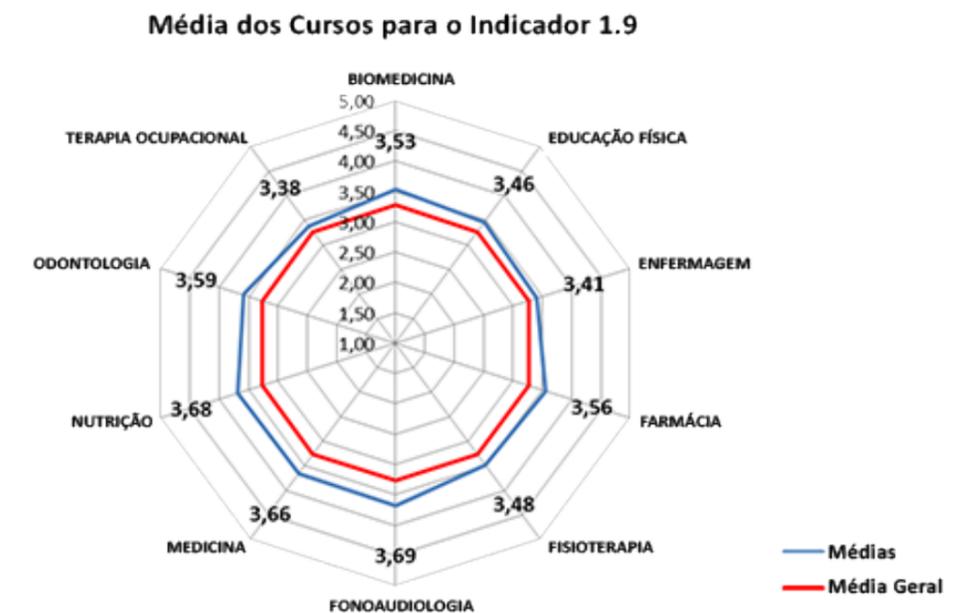
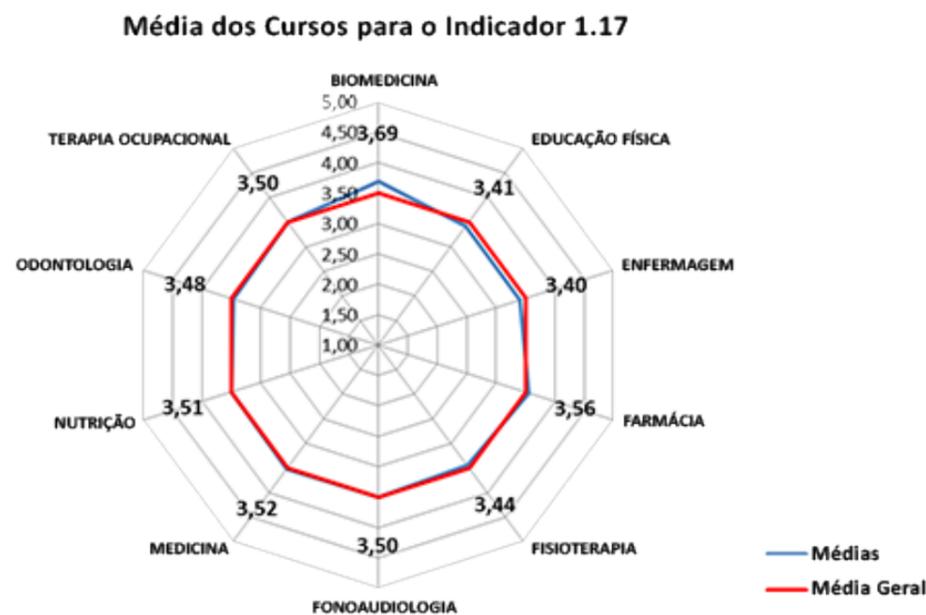


Figura 7 Resultados da média do indicador 1.9 Atividades Complementares – IACG 2012

Em relação aos resultados encontrados no indicador 1.9 observamos a maior variação entre as médias por curso e a média geral. A Fonoaudiologia tem o maior valor de média encontrado, seguido da Nutrição e da Medicina. Tal situação pode ocorrer semelhante ao comportamento encontrado no indicador 1.8, pois os dois se complementam no processo de organização do projeto pedagógico do curso e demonstram muitas particularidades uma vez que também enfocam as habilidades específicas da profissão.

O indicador 1.17 enfoca os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, de maneira suficiente, à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.



**Figura 8** Resultados da média do indicador 1.17 Procedimentos de Avaliação do Processo Ensino Aprendizagem – IACG 2012

Nesse indicador as medias dos cursos e médias gerais apresentam pouca variação, sendo que Biomedicina tem a maior média, seguida por Farmácia e Medicina.

O curso de Medicina tem as maiores médias em quase todos indicadores em relação aos outros cursos, exceto nos indicadores 1.9 Atividades Complementares e 1.17 Avaliação dos Processos de Ensino Aprendizagem.

As diferenças significativas encontradas em relação ao curso de Medicina, no instrumento IACG 2012, talvez possam estar associadas ao fato de que esse curso, como o de Odontologia, passem por processo de autorização, conforme Art.28 do Decreto nº 5.773/2006. Ao compararmos os indicadores dos cursos de Odontologia e Medicina verificamos que as diferenças significativas permanecem, porém não constatamos diferenças entre os indicadores de Odontologia e os outros cursos.

Por outro lado, uma vez que as diretrizes são comuns para todos os cursos, é possível que a Medicina apresente diferenças significativas porque os projetos pedagógicos estejam melhor estruturados. Isso é factível uma vez que no período anterior ao do IACG 2012

havia instrumentos específicos para os diferentes atos autorizativos desse curso, nos quais avaliador tinha que se posicionar na dimensão 1, no relato global sobre da categoria projeto pedagógico do curso sobre a formação médica.<sup>34:8</sup> Tal indução pode ter produzido projetos pedagógicos específicos em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, além de fornecer elementos para a política de expansão específica do Ministério da Educação para os cursos de Medicina.

### Considerações finais

Após 11 anos de implementação do SINAES, de 14 anos de implementação das diretrizes, a avaliação *in loco* se estabeleceu como a ferramenta de verificação das condições de oferta e qualidade do curso, induzindo qualidade na educação superior do país.

Em especial na área da saúde com advento das diretrizes que tem no SUS o processo de formação como eixo central para a melhora da saúde da população, a organização dos serviços, a articulação entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras.

Tal proposta centra a avaliação *in loco* como indutora da qualidade, por meio de instrumento matricial, que avalia os cursos em seus diferentes momentos e coloca em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, agregando o desenvolvimento individual e institucional, os serviços, a atenção à saúde e o controle social.

Todos os resultados encontrados na pesquisa evidenciam a importância da consolidação de um perfil comum para a integralidade da assistência, do trabalho humanizado e em equipe no SUS.<sup>35,36,37,30</sup>

Desse processo avaliativo, articulado com mecanismos regulatórios do Estado, decorrem medidas de natureza corretiva e planos de expansão qualificados que assegurem o desenvolvimento da educação superior, em patamares compatíveis com os padrões mínimos de qualidade para a oferta de cursos de graduação, orientados pelas diretrizes curriculares nacionais.<sup>37,30,15</sup> Na avaliação de cursos um conjunto de indicadores, critérios de análise são verificados *in loco* nas dimensões organização didático-pedagógica, corpo docente e infraestrutura. As DCN norteiam os projetos pedagógicos do curso, a construção dos indicadores e a condução do processo avaliativo. No caso das diretrizes da área da saúde o perfil tem como elementos fundamentais o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS. Uma reflexão a ser realizada em relação ao perfil comum para área, a partir dos dados encontrados, refere-se o papel da avaliação como indutora de qualidade, no processo de construção dos projetos pedagógicos, bem como a necessidade de reflexão sobre a concepção desse perfil profissional comum de acordo com os princípios do SUS, com a contextualização da formação em relação a região de saúde, com os problemas do país e as necessidades de conhecimento impostas pelo mundo moderno.

## Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2004, Set; 9(16): 161-77.
3. Gonze GG. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. [dissertação]. Juiz de Fora (MG): UFJF; 2009.
4. Winters JRF. Formação em enfermagem para o SUS numa perspectiva crítico e criativa: visão dos formandos [Dissertação]. São Carlos: UFSC; 2012.
5. Brasil. Lei nº 8080/90 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Set 19.
6. Brasil. Lei 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 nov 1995.
7. Sales SR. Diretrizes curriculares. In: Oliveira DA, Duarte AMC, Vieira LMF. Dicionário: trabalho, profissão e condição docente [CDROM]. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação; 2010.
8. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1133, de 7 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União. 2001 Out 3.
9. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Unifesp; 2008: 53-69.
10. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface-Comun Saúde Educ. 1998; 2(3): 51-71.
11. Feuerwerker LCM. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. Divulgação em saúde para debate. 2000, Dez; (22): 63-70.
12. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuições ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface: comunicação, saúde, educação. 2002, Fev; 6(10): 37-50.
13. Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis [online]. 2010; 20(2): 551-70.
14. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. SINAES Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação. Brasília: INEP; 2007. 4.ed. ampl.
15. Griboski CM. Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de Pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2014.
16. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília: INEP; 2012. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/avaliacao\\_cursos\\_graduacao/instrumentos/2012/instrumento\\_com\\_alteracoes\\_maior\\_12.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maior_12.pdf)>. Acesso em 08 nov 2013.
17. Funghetto SS, Griboski CM. Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes. Nota Técnica. Brasília: INEP; 2011. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/nota-tecnica1>>. Acesso em: 12 jul 2015
18. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
19. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
20. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p.37.
21. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.
22. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União. 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.39.
23. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União. 4 de Março de 2002; Seção 1, p.9.
24. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.10.
25. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.11
26. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.
27. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.
28. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União. 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p.16.

- <sup>29</sup>. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p.8-11.
- <sup>30</sup>. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, Shiratori K, Reibnitz KS, Sordi MRL, Barbieri MIB. Um olhar sobre as avaliações de cursos de graduação em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61(1): 46-53.
- <sup>31</sup>. 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.
- <sup>32</sup>. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. Rev. bras. educ. med. [online]. 2010; 34(2): 207-15.
- <sup>33</sup>. Unesco. Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior; 1998.
- <sup>34</sup>. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Instrumento de Avaliação para cursos de graduação em medicina. Brasília: INEP; 2008.
- <sup>35</sup>. Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva DSR, Santos MP, Costa HOG. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Rev Bras Enferm. 2003; 56(4): 392-5.
- <sup>36</sup>. Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, RODRIGUES MVC. Diretrizes Curriculares e estratégias de implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP. 2005; 30(4): 443-9.
- <sup>37</sup>. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.