

## **Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de Saúde da Família**

Ivana Cristina H.C. Barreto

Médica, doutora em Pediatria pela USP, mestre em Saúde Pública, professora adjunta da Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará (UFC). *E-mail:* [ivana-barreto@uol.com.br](mailto:ivana-barreto@uol.com.br)

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico, doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFC. *E-mail:* [odoricoandrade@uol.com.br](mailto:odoricoandrade@uol.com.br)

Ana Ecilda Lima Ellery

Psicóloga, assistente social, mestre em Saúde Pública pela UFC. *E-mail:* [ecilda@terra.com.br](mailto:ecilda@terra.com.br)

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira, mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), professora assistente do curso de Enfermagem da UECE. *E-mail:* [rocineideferreira@uece.br](mailto:rocineideferreira@uece.br)

Francisco Loiola

Professor da Faculdade de Educação da Universidade de Montréal (Québec/Canada). *E-mail:* [fa.loiola@umontreal.ca](mailto:fa.loiola@umontreal.ca)

### **Resumo**

Construir efetivamente um sistema público de saúde universal, integral e equânime, de acordo com o que foi definido na Constituinte para o SUS, exige dos gestores e trabalhadores grandes esforços no campo da organização dos serviços e da formação profissional. O Ministério da Saúde, em 2003, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo criado desde então inúmeros projetos com o objetivo de, por meio do processo educativo dos trabalhadores em saúde, possibilitarem a reorientação do modelo assistencial em saúde. A efetivação de todos esses projetos e programas exige, contudo, que seja redesenhada a estrutura da formação no campo da saúde de uma forma mais profunda e abrangente. A proposta da criação de Sistemas de Saúde Escola insere-se nesse contexto. A idéiaforça de um Sistema de Saúde Escola (SSE) é criar uma *Estratégia de Educação Permanente* em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, transformando toda a rede de serviços de saúde existente em um determinado território político-administrativo em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. O presente artigo discute ainda a dimensão pedagógica e as diretrizes de

um Sistema de Saúde Escola, bem como as implicações da ordenação na formação de recursos humanos para o SUS.

## **Estrategias y herramientas pedagógicas para cualificación del Equipo de Salud de la Familia**

### **Resumen**

Construir efectivamente un sistema único público de salud universal, integral y igualitario, de acuerdo con lo que fue definido en la Constituyente para el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), exige de los gestores y trabajadores grandes esfuerzos en la área de la organización de los servicios y de la formación profesional. El Ministerio de la Salud de Brasil, en 2003, instauró la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, como estrategia para formación y desarrollo de trabajadores para el sector, creando, desde entonces, innumerables proyectos con el objetivo de, a través del proceso educativo de los trabajadores en salud, posibilitar la reorientación del modelo asistencial en salud. La efectividad de todos estos proyectos y programas exige, no obstante, que sea revista la estructura de formación en la área de la salud de una manera más profunda y abarcativa. La propuesta de creación de Sistemas de Salud Escuela están en este contexto. La idea fuerza de un Sistema de Salud Escuela (SSE) es crear una Estrategia de Educación Permanente en conjunto con las instituciones de enseñanza, organizaciones no gubernamentales y movimientos populares, transformando toda la red de servicios de salud existente en un determinado territorio político-administrativo en espacios de educación contextualizada y de desarrollo profesional. Este artículo discute también la dimensión pedagógica y las directrices de un Sistema de Salud Escuela, bien como las implicaciones de ordenación en la formación de recursos humanos para el SUS.

### **Strategies and tools to qualify family health team**

### **Abstract**

In order to build a public system of universal health, complete and unbiased, according to what was determined in the SUS statement, it is required from the administrators and workers a lot of effort in the field of services organization and in the professional development. The Ministry of Health in 2003, established the National Politic of Permanent Education in Health, as a strategy to the formation and development of workers in the sector, creating since then several projects with the purpose of, through the educational process of workers in health, making possible the reorientation of the assistance model in health. The real existence of these projects and programs demands, however, the redraft of the structure of the formation in the health field in a deeper and complete fashion. The proposal to the development school-health system is inserted into this context. The main idea of a health-school system (SSE) is to create a Strategy of Permanent Education associated with educational institutions. Non profit organizations and movements, changing all the web of health services existing in a specific political-administrative territory in areas of contextualized education and professional development. This article also discusses the pedagogical dimension and the regulations of a health-school system, as well as the implications of the organization of SUS human resources formation.

### **Introdução:**

A implantação do SUS representou um importante avanço da sociedade brasileira, por ser um sistema universal e integral. A universalidade pressupõe um sistema que ofereça cobertura assistencial a todos os cidadãos e cidadãs do país. Além de ser um sistema “porta aberta” para atendimento amplo e irrestrito, o SUS propõe-se a oferecer uma assistência integral.

A integralidade pode ser entendida no sentido de que o SUS deve atuar em todos os níveis de atenção, envolvendo promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, por meio da estruturação das redes assistenciais. Além disso, a integralidade compreende o fazer saúde como um fenômeno complexo, no qual o processo de saúde e doença interagem aspectos ambientais, emocionais, orgânicos e sociais. Nessa perspectiva, a produção da saúde tem um significado ampliado, indo além da dimensão da “doença”, implicando também na necessidade de intervenção em seus determinantes

sociais. Para tanto, coloca-se o desafio de trabalhar a intersetorialidade com os outros setores da administração pública.

O SUS propõe-se também a ser um sistema que promove a equidade. Para tanto, considera as desigualdades da população em termos de acesso às políticas públicas e suas vulnerabilidades sociais e econômicas para implantar ações afirmativas, que possam compensar essas desigualdades e superar vulnerabilidades. Os princípios doutrinários do SUS são baseados nos preceitos constitucionais, que têm como finalidade dar a todas as pessoas o direito ao atendimento e considerar que todo cidadão é igual perante os serviços públicos de saúde e será atendido conforme suas necessidades. Entretanto, construir efetivamente um sistema público de saúde universal, integral e equânime exige dos gestores e trabalhadores grandes esforços no campo da organização dos serviços e da formação profissional.

Consciente da responsabilidade do SUS na consolidação da reforma sanitária brasileira e no fortalecimento dos processos de trabalho, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A educação permanente é compreendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços de saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Nesse contexto, a educação permanente tem como objetivos o aperfeiçoamento das práticas profissionais e dos processos de trabalho em saúde no SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde incorpora e fortalece os princípios e diretrizes do SUS, na visão da integralidade da atenção à Saúde, bem como na construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (Brasil, 2004. anexo II, p. 1).

A construção das redes assistenciais do SUS e da cadeia de cuidados progressivos em saúde só é possível se repensarmos a formação dos profissionais do setor, tanto no aspecto quantitativo quanto qualitativo. Na Constituição brasileira de 1988, esse desafio foi reconhecido, tanto que em seu artigo 200 foi determinado que cabe ao SUS a ordenação da formação dos trabalhadores para o setor saúde. A Lei nº 8.080, de 19/09/1990, também reafirma essa atribuição do SUS. Regular a formação profissional, contudo, não é uma ação a ser feita por simples voluntarismo. Necessário se faz a criação de mecanismos e instrumentos que possibilitem o cumprimento deste preceito constitucional.

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem envidado esforços para implantar a Política de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS. Dentre as iniciativas do Ministério da Saúde nessa direção podem ser citadas: Pólos de Educação Permanente em saúde, Aprendensus, Residência Integrada em Saúde, Serviço Civil Profissional em Saúde, Ver-Sus – Vivências e Estágios na realidade do SUS, Formação dos Gestores Sociais das Políticas Públicas de Saúde, Educação na Saúde Para os Hospitais de Ensino e o Ensinasus.

Outros programas incrementais também estão em curso nas áreas de Gestão do Trabalho e Gestão da Formação em Saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

De um ponto de vista mais estrutural, deu-se a criação da **Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde**, vinculada aos Ministérios da Educação e da Saúde, tendo como objetivo regulamentar o art. 200, inciso III, da Constituição, segundo o qual cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde, e os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. A comissão tem a função de atuar como órgão consultivo para orientar a formação em residência, especialização e pós-graduação em saúde, subsidiando também a definição de diretrizes para a formação de novos profissionais, capazes de entender e trabalhar na promoção da saúde, no diagnóstico e tratamento oportuno e na reabilitação. Além disso, subsidiará a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de cursos superiores na área da saúde. Outra finalidade é identificar a demanda quantitativa e qualitativa de

profissionais no âmbito do SUS, de forma a atender às necessidades e ao perfil sócio-epidemiológico da população brasileira.

Todos os programas, projetos e medidas administrativas descritos anteriormente reafirmam a determinação do governo federal em consolidar o SUS na esfera da formação profissional. A efetivação de todos esses projetos e programas exige, contudo, que seja redesenhada a estrutura da formação no campo da saúde de uma forma mais profunda e abrangente. A proposta da criação de Sistemas de Saúde Escola insere-se nesse contexto.

### IDÉIA FORÇA DE UM SISTEMA DE SAÚDE ESCOLA

A idéia força de um Sistema de Saúde Escola (SSE) é criar uma *Estratégia de Educação Permanente* em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, transformando toda a rede de serviços de saúde existente em um determinado território político-administrativo em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional.

Ao se refletir sobre as construções históricas realizadas, percebe-se que na evolução desse processo, na década de 1970, os serviços assistenciais de saúde eram desintegrados, tendo sido priorizado, sobretudo, o investimento de recursos públicos no financiamento da prestação de serviços assistenciais pelo setor privado. Nesse período, as práticas fragmentadas eram fortalecidas e contribuíam fortemente para a hegemonia do modelo biomédico.

Na opinião de Capra (1982), a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado Modelo Biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. Com base nessa concepção, o corpo humano é considerado uma máquina possível de ser analisada em termos de suas peças. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. O papel dos profissionais de saúde seria, então, intervir para consertar os defeitos no funcionamento de um mecanismo disfuncional ou enguiçado (CAPRA, p. 116).

Conforme Minayo (2000), na prática médica e nas suas relações com a sociedade, a influência positivista, na qual o Modelo Biomédico se embasa teoricamente, se manifesta:

1) Na concepção da saúde/doença como fenômeno apenas biológico individual em que o social entra, compreendido como modo de vida e apenas como variável, ou é desconhecido e omitido; 2) Na valorização excessiva da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar doenças; 3) Na dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento [...]; no tratamento subalterno dado aos outros profissionais da área [...] (p. 49).

A Estratégia Sistema de Saúde Escola configura-se como uma estratégia para a superação do modelo hegemônico da Biomedicina, incorporando os outros elementos essenciais à compreensão do processo de saúde e doença, que envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana.

O processo de superação da hegemonia do modelo biomédico no Brasil teve progressos relevantes na década de 80, com a discussão da reforma sanitária, quando surge o desenho de uma rede assistencial que irá sustentar-se sob a gestão do município, articulada as gestões estaduais e a gestão federal. A discussão sobre as formas de descentralizar a gestão do sistema de saúde e a responsabilização pela saúde da população é focada. Nas décadas recentes avançou-se para discussão da incorporação dos diversos modos de produção de saberes (disciplinar e não disciplinar), tentando-se responder também as especificidades dos contextos onde os saberes e práticas tenham sido gestados.

A implantação do SUS representou uma expansão significativa da presença do estado brasileiro na vigilância à saúde e na prestação de serviços de saúde, sobretudo com a significativa ampliação da rede de atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família. Não houve, porém, acompanhamento dessas mudanças significativas no que diz respeito à formação de profissionais em coerência com este novo modelo de organização do sistema de saúde, resultando numa baixa adesão de alguns grupos de profissionais aos princípios do SUS.

A Estratégia “Sistemas de Saúde Escola” é uma alternativa que permite acelerar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, bem como propicia a construção de “cenários realistas” de ensino, prestação de serviços e pesquisa que possibilitam a qualificação dos três. Esta última afirmação concretiza-se na medida em que: (a) Estudantes estarão sendo formados dentro de contextos reais de trabalho; (b) Estudantes, professores e profissionais de saúde, em função da necessidade de sistematização implícita no processo de ensinagem, tenderão a se debruçar sobre os problemas de saúde mais relevantes dos múltiplos contextos em que estarão inseridos; (c) Será oportunizado o surgimento de inúmeras perguntas, que certamente instigarão e incentivarão pesquisas científicas; (d) O movimento produzido pelo processo de ensino canalizará a integração das redes assistenciais; e (e) os gestores da saúde e da educação estarão envolvidos em todo o processo, propiciando a tomada de decisões que propiciem a melhor aplicação possível dos recursos para saúde e educação, em benefício da população, dos profissionais de saúde, dos estudantes e professores.

A Estratégia Sistema de Saúde Escola também supera a idéia de que a ciência só pode ser produzida em complexos hospitalares de excelência, que, por concentrarem equipamentos e medicamentos de ponta, teoricamente deteriam também o “saber científico” mais relevante e atual.

O objetivo do desenvolvimento de um Sistema de Saúde Escola é que ele possa, efetivamente, potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizadas em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e os trabalhadores da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares.

A reorientação do modelo de atenção à saúde ancora-se fortemente na construção de redes assistenciais integradas entre si. As redes assistenciais devem se configurar a partir da produção de uma “malha” em que se conquiste a integralidade da atenção em saúde pelo itinerário a ser percorrido por usuários e profissionais num dado território, pelo conjunto dos serviços e o conjunto de ações que se façam necessários. Aqui o cuidado passa a ser imprescindível, uma vez que sua produção em saúde requer a utilização de diferentes tecnologias, tais como relacionais, equipamentos, conhecimentos entre outros (BRASIL, 2005). É nesse contexto que se verificam as implicações que um trabalho em rede pelas tramas, emaranhado que pode propiciar:

melhoria da qualidade do acesso, aumentar a resolubilidade do trabalho das equipes de saúde, preservação da autonomia, responsabilização, processos comunicativos capazes de aproximar os diferentes atores das informações produzidas no sistema, entre outras.

A criação de grupos multiprofissionais compostos por profissionais de saúde, professores e estudantes para discussão de linhas de cuidado a serem implementadas em um determinado âmbito do sistema de saúde é uma iniciativa que fortalece as redes assistenciais, pois a discussão na perspectiva da interdisciplinaridade provoca o vínculo com os usuários(as), otimiza o trabalho e otimiza recursos nas várias dimensões (sociais, econômicos, pessoais, entre outros). Além de emergir daí a necessidade de permanência dos processos formativos. Talvez esteja aí o vetor potencializador das redes num sistema reconhecido como Saúde Escola.

No processo de educação permanente que se instala a partir da implementação de um sistema de saúde escola, promovem-se encontros e discussões que catalisam o processo de integração entre os trabalhadores das diversas redes assistenciais entre si, com a participação também de docentes e discentes das instituições de ensino que se incorporam ao sistema. Um exemplo é o que vem ocorrendo nas Residências de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza e Sobral. Nesses programas de formação em larga escala, residentes, profissionais de saúde, preceptores e professores das instituições de ensino superior envolvidas estão em permanente contato com os Centros de Saúde da Família e os serviços das outras redes assistenciais, discutindo processos de trabalho, protocolos clínicos, trabalho comunitário, integração das unidades básicas com hospitais secundários e ambulatorios especializados, enfim, atuam como sujeitos do processo de integração entre as redes assistenciais.

A idéia força da Estratégia Sistema de Saúde Escola foi exposta anteriormente aplicando-se o conceito no âmbito municipal (Andrade, Barreto, Loiola et al, 2006). Entretanto, essa mesma estratégia teoricamente pode ser aplicada em diversos âmbitos político-administrativos dos sistemas de saúde, como microrregiões ou macrorregiões, distritos de saúde, e até mesmo no nível estadual ou federativo, desde que exista um núcleo mínimo de instituições formadoras de profissionais de saúde e decisão política para fazê-lo. No Estado da Bahia, recentemente também foi iniciado um processo nesta direção liderado pela Secretaria de Saúde do Estado e a Escola de Saúde Pública.

#### DIMENSÃO PEDAGÓGICA DO SMSE

Andrade, Barreto e Loiola et al (2006), definiram cinco postulados que fundamentam a dimensão pedagógica do SMSE:

1. a aprendizagem é contextualizada e resulta dos estudos e reflexões da participação nas práticas sociais e culturais de uma comunidade;
2. a apropriação de conceitos científicos na lógica da educação permanente implica situações concretas de aprendizagem no terreno da prática profissional;
3. a postura reflexiva referente a essas situações possibilita a conceitualização e a reconceitualização de experiências e uma melhor compreensão da relação entre senso comum (crenças) e conceitos científicos; e
4. a construção de um projeto de desenvolvimento profissional constitui uma ação mediatizada pela construção de significações em relação à experiência profissional.

Considerando que a formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde no interior do um Sistema de Saúde-Escola se insere no paradigma da prática reflexiva, é preciso que se introduzam ferramentas adequadas para o monitoramento e a avaliação contínuos desse processo. O uso do portfólio, instrumento que reagrupa traços (elementos de “prova”) que atestam as aprendizagens e as competências desenvolvidas no quadro de formação, torna-se indispensável como instrumento de reflexão do profissional em formação sobre suas aprendizagens. Nessa perspectiva, o portfólio constitui-se um projeto de formação continuada por permitir uma visão contínua do processo de reflexão na ação, durante certo período, a propósito do percurso efetuado em determinado domínio profissional.

A elaboração do portfólio visa estimular a reflexão sobre o processo de formação tanto em referência às diversas experiências de formação propriamente ditas, como em relação à prática profissional sobre a qual o desenvolvimento de competências se apóia. A elaboração do portfólio constitui-se em ferramenta pedagógica, permitindo ao profissional de saúde em formação e/ou em aperfeiçoamento formalizar o que ele aprendeu ou está aprendendo. Mais precisamente, trata-se de um instrumento destinado a sistematizar informações sobre crenças, intenções e práticas, com o objetivo de

documentar um percurso, de sistematizar processos de reflexão para desenvolver competências, ou seja, analisar e tomar decisões apropriadas em situações reais de prática profissional. O portfólio constitui igualmente um instrumento de avaliação. Nesse sentido, ele precisa ser concebido e inserido no processo de Educação Permanente como um instrumento capaz de fornecer um olhar crítico e avaliativo sobre o desenvolvimento de competências.

O dispositivo pedagógico do Sistema de Saúde Escola assume uma concepção sociocognitivista de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Sem negar a dimensão pessoal da aprendizagem, ele manifesta um interesse particular pelo caráter eminentemente social e contextualizado da aprendizagem e da cognição. A perspectiva sociocognitiva não constitui um conjunto de teorias ou de modelos unificados, mas tem em comum o mesmo interesse pela dimensão social e contextualizada dos saberes.

A perspectiva sociocognitiva se diz originária da perspectiva sócio-histórica de Vygotski, que concebe o pensamento de maneira progressiva (VYGOTSKI, 1987, 1988). Ela privilegia, todavia, um aspecto central: o papel da mediação social exercida pelo adulto ou pelo preceptor quando da apropriação, pela criança e mesmo pelos adultos em processo de educação permanente, dos instrumentos de sua cultura. Esses instrumentos de mediação simbólica, em particular a linguagem, são considerados essenciais ao desenvolvimento do pensamento, principalmente ao desenvolvimento do que Vygotski (1987) chama de “funções psíquicas superiores”. Enquanto Jean Piaget acentua o papel da ação, tanto intelectual como prática, no desenvolvimento do pensamento, a perspectiva sócio-histórica de Vygotski considera a contribuição da cultura e dos instrumentos de mediação simbólica como sendo imprescindíveis para atingir tal nível de desenvolvimento cognitivo.

Ainda no que se refere ao processo de educação permanente, Paulo Freire (1996, 1987) também integra a concepção pedagógica do SMSE. Para Freire, educar não é simplesmente transmitir conhecimentos, mas estabelecer diferentes possibilidades para a sua construção, mediante uma relação dialógica, problematizadora e participativa. Ao se assumir esta convergência de conceitos e princípios, a ‘educação bancária’ não tem espaço no interior da Estratégia Sistema de Saúde-Escola, afirmam Andrade et al., 2006. O caráter dialético da realidade exige que a educação seja uma atividade permanente na formação da consciência dos homens, inclusive no que se refere à formação profissional desses mesmos homens.

## **Diretrizes para um Sistema de Saúde Escola**

**A primeira diretriz do SMSE ancora-se no conceito de Saúde como Qualidade de Vida, em que a saúde é percebida e concebida como um objeto complexo, cuja construção requer uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional.** A dimensão da **interdisciplinaridade** é incluída por ser a saúde produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões e requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento; **intersetorial**, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes da saúde. A dimensão **multiprofissional** requer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à saúde. Avança, ainda, na direção da interdisciplinaridade, pois não é suficiente que o SUS incorpore diferentes saberes. Necessário se faz o estabelecimento de projetos integrados de intervenção por parte das equipes assistenciais.

A interdisciplinaridade é uma exigência do agir profissional na era da informação. Deparamo-nos na prática cotidiana com problemas muito complexos, não passíveis de serem explicados e solucionados a partir de uma única disciplina. A área da saúde é o reduto dos especialistas, por ter tido seu sucesso garantido pelo empréstimo da classificação das Ciências Naturais, pelo uso do método anátomo-clínico (a toda síndrome clínica corresponderia uma lesão anatômica) e o da experimentação. De um lado, esse sucesso reforçou a medicina do órgão e, portanto, a visão organicista da doença, e, de outro lado, apontou o seu limite: reconheceu-se o lugar ocupado por fatores genéticos, socioeconômicos, ambientais e psicológicos. A abordagem múltipla, mas não integrada ao homem doente, permaneceu e foi estimulada. Reconheceu-se a contribuição da microbiologia, das ciências sociais e psicológicas, evoluiu-se de uma concepção linear da causalidade da doença para uma concepção multifatorial. Porém, essas mudanças não garantiram a recuperação da unicidade do homem, evidenciando-se que o reconhecimento desses fatores não basta para se alterar a visão fragmentária, mas que para alterá-las depende-se das interrelações dos profissionais, tentando ampliar seu olhar para todos os domínios do conhecimento. Sob essa perspectiva, a interdisciplinaridade se impõe. Ela se apresenta hoje como uma oposição sistemática a um tipo tradicional de organização do saber, o que constitui um convite a lutar contra a

multiplicação desordenada das especialidades e das linguagens particulares nas ciências. A interdisciplinaridade deve estar fundada sobre a competência de cada especialista, exigindo que os profissionais estejam seguros dos métodos que empregam, para que possam confrontar seus resultados com os de outras especialidades. O reconhecimento, por parte de cada profissional, do caráter parcial e relativo de sua própria disciplina, de seu enfoque, cujo ponto de vista é sempre particular e restritivo. Para tanto, necessário se faz que os profissionais estejam impregnados por um espírito epistemológico amplo e arejado. Significa abrir-se as outras especialidades, estar atento a tudo o que nas outras disciplinas possa trazer um enriquecimento ao seu domínio de investigação e/ou atuação. O espírito interdisciplinar não exige que sejamos competentes em vários campos do saber, mas que nos interessemos, de fato, pelo que fazem os demais colegas, incorporando e valorizando diversos olhares e saberes.

Inaugura-se, assim, uma nova Pedagogia – não situando o profissional neste ou naquele compartimento do saber, mas no horizonte do fenômeno humano. Isso implica reagir contra todos os particularismos e sectarismos intelectuais, contra as barreiras culturais. A construção da interdisciplinaridade, contudo, não se realiza apenas no domínio da informação recíproca entre as disciplinas, quer dizer, no nível da permuta de informações, porque dessa forma as condutas dos profissionais e das organizações não se alteram, permanecendo independentes. Contudo, se houver um confronto da totalidade das disciplinas cooperantes, no qual cada uma se arrisca e se modifica pela outra, evidencia-se então uma prospectiva da totalidade das disciplinas em colaboração e o problema da comunicação se converte numa metodologia propriamente interdisciplinar. A construção da interdisciplinaridade é uma diretriz do SMSE, e no âmbito do SUS parece ser um objetivo alcançável apenas pela via da educação permanente.

**A segunda diretriz do SMSE refere-se ao seu lócus de atuação, cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência.** O processo de trabalho em saúde, um dos focos centrais da política de educação para o SUS, não se limita ao campo específico do serviço, da unidade de saúde, mas se insere na dinâmica do território, do sistema como um todo, sendo a mudança das práticas sanitárias e a construção de novos saberes resultantes de esforços coletivos. Essa concepção é chave dentro da construção do SMSE, pois rompe com a concepção dos “hospitais-escolas”, dos “centros de saúde-escola”, em que somente algumas unidades

são consideradas espaços de produção de saber. Na concepção do SMSE, todas as unidades de saúde que compõem as redes assistenciais do município passam a ser espaços de ensino, pesquisa e assistência.

**A terceira diretriz do SMSE é referente à formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população.** Este é outro grande paradigma a ser superado na estrutura atual de poder das corporações profissionais do campo da formação em saúde. Embora possa parecer óbvio que a formação profissional deva ser compatibilizada com as necessidades de saúde da população, para dar respostas aos grandes desafios sanitários do coletivo, por um lado; e, por outro, para garantir melhores condições de acesso ao emprego aos profissionais formados, pois estariam sendo formados trabalhadores na quantidade e para as categorias requeridas pelo SUS, incluindo toda sua rede credenciada, na prática muitas vezes a lógica que vem orientando a formação é a dos interesses das corporações profissionais, bem como das instituições de ensino privado. Rotineiramente são utilizadas as próprias estruturas e mecanismos administrativos historicamente criados no interior do Estado para preservação de interesses particulares, ou seja, utiliza-se de normas e instrumentos legais, que, entretanto não são éticos, na medida em que retardam ou, até mesmo, impedem o atendimento das necessidades em saúde da maioria do nosso povo.

O programa de residência médica é um exemplo de como o poder público necessita efetivar a regulação do sistema de formação em saúde na direção das necessidades de atenção à saúde da população. Nas palavras de Feuerwerker (2007):

Apesar de a Comissão Nacional de Residência Médica estar situada no âmbito do MEC e dos gestores estaduais do SUS serem os principais financiadores das bolsas para os residentes, por uma série de circunstâncias, a condução da Residência Médica sempre foi operada de maneira autônoma, sem vinculações com as políticas da educação (as diretrizes curriculares nacionais, por exemplo) e com as políticas de saúde (a inovação dos modelos tecnoassistenciais e as características sócio-demográfico-epidemiológicas do país, por exemplo). A criação de novos programas e a ampliação das vagas de programas já existentes, nesse período, responderam, sobretudo, ao interesse das instituições que oferecem programas e aos interesses dos diferentes segmentos da corporação médica.

Numa análise mais aprofundada da situação, identifica-se uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva

monopólios de regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde. Portanto, é fundamental que o Estado exerça seu papel de gestor e regulador do trabalho em saúde. A regulação do trabalho e o exercício profissional dizem respeito às regulamentações jurídico-legais, éticas ou administrativas que, a partir da intervenção do Estado demarcam campos de exercício de atividade.

Considerando que a saúde é um bem público, cabe ao Estado dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, adequando o interesse particular ao interesse público. Muitas medidas vêm sendo implementadas pelo Governo Federal no sentido de reverter esta situação. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGES) do Ministério da Saúde insere-se neste contexto de buscar superar as deficiências no campo da gestão da formação e da gestão do trabalho. O Ministério da Saúde constituiu também a Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) por meio da **Portaria 827/GM** de 05/05/2004.

A **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde** é outra iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da **OPAS/OMS** no Brasil. O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País.

A despeito de todos os esforços que estão sendo empreendidos no Brasil nos últimos anos para a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, ainda é muito incipiente essa prática no Brasil. A oferta de cursos na área da saúde parece não ser orientada pelas necessidades do SUS e também pelo compromisso de contribuir para o acesso ao emprego de centenas de jovens que buscam a universidade na tentativa de se qualificar para o acesso ao mercado de trabalho.

O estudo de Ellery et al. (2007), em Fortaleza, evidencia a ausência da integração entre as diferentes secretárias de Estado na regulação da formação dos trabalhadores no setor saúde. A tabela abaixo traz informações sobre a oferta de vagas no ensino superior na área da saúde, em Fortaleza.

**Tabela 1: Número de vagas/ano para cada tipo de curso de graduação ofertado em Fortaleza**

Nome da Instituição	Numero de cursos ofertados	Numero de vagas/ano
Fisioterapia	06	730
Educação Física	06	650
Enfermagem	05	630
Psicologia	03	510
Medicina	05	422
Gestão em serviço de saúde	01	272
Fonoaudiologia	02	260
Farmácia	02	210
Odontologia	02	190
Nutrição	02	170
Serviço social	01	160
Tecnologia-gestão hospitalar	02	160
Biomedicina	01	150
Tecnologia de Radiologia	01	150
Terapia ocupacional	01	110
Medicina Veterinária	01	60
TOTAL	41	4834

**Fonte: Ellery et al., 2007.**

Na análise da tabela 1, constatamos que a Fisioterapia é o curso superior na área da saúde com o maior número de vagas ofertadas, 730 vagas/ano, em seis instituições de ensino superior, todas privadas. O Estado do Ceará não possui dados de acompanhamento dos egressos dos cursos de formação, mas numa observação empírica podemos levantar a hipótese de que muitos dos fisioterapeutas formados não têm acesso ao mercado de trabalho na área da saúde, pois não tem havido oferta de emprego pelo SUS em quantidade compatível com o número de formandos. Por outro lado, na área médica, na qual o Programa de Saúde da Família (PSF) tem ofertado uma quantidade significativa de vagas para essa categoria, observamos um número de vagas ociosas em praticamente todos os municípios do Estado. Mesmo em Fortaleza, o concurso realizado em 2005 para preenchimento de 460 vagas para o PSF, não teve todas as vagas ocupadas, apesar de terem sido chamados todos os candidatos aprovados para este município. No entanto, o curso de Medicina aparece em 5º lugar na oferta de vagas de graduação.

No contexto em que o Estado brasileiro precisa exercer suas funções de regulação do sistema de formação em saúde, possibilitando o atendimento das necessidades do SUS em termos quantitativo e qualitativo dos profissionais a serem formados; também considerando o papel do Estado brasileiro na educação permanente de seus atuais trabalhadores, a implantação de Sistemas Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde

Escola cria condições objetivas e facilidades estruturais de cumprimento das funções de Estado acima especificadas.

O SSE pode ser composto, de acordo com a realidade local, pela gestão municipal, pelas instituições de ensino, pelos trabalhadores em saúde e pelos usuários do SUS. No tocante ao modelo de gestão, o Sistema Municipal de Saúde Escola pode ter um Conselho Gestor, com participação paritária dos seus integrantes e com responsabilidades pactuadas. Para a Gestão Municipal do SUS, cabe a reorientação do modelo assistencial, a coordenação do processo de formação e educação permanente, a implementação de uma gestão democrática e participativa; a articulação de atores e instituições; o oferecimento de campo de estágios, internato e residências; a identificação de necessidades em saúde; e, por fim, a produção e disseminação de novos saberes e práticas e saúde.

As Instituições de Ensino no âmbito do SMSE podem assumir atribuições relativas à coordenação do processo de formação e educação permanente, em parceria com a gestão municipal; produção e disseminação de novos saberes e práticas; adequação curricular baseada nas necessidades em saúde e nas evidências científicas; certificação dos cursos oferecidos pelo SMSE; desenvolvimento e socialização de tecnologias de formação. Aos trabalhadores da Saúde caberia a participação no Conselho Gestor; a participação no processo de educação permanente; a transformação das práticas em saúde; a identificação das necessidades em saúde; qualificação e humanização dos serviços. As atribuições dos usuários do SUS referem-se à: Participação no Conselho Gestor; identificação das necessidades em saúde, em conjunto com demais atores; participação social; apropriação e articulação dos saberes e práticas populares no campo da saúde.

Para facilitar o envolvimento das instituições de ensino no SMSE, sugere-se a delimitação de áreas adscritas para elas, a exemplo do que ocorre com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Assim, de acordo com a ligação nos territórios das instituições de ensino, elas assumem a co-responsabilidade sanitária por uma área do município. Dessa forma, podemos contribuir para a redução da visão “utilitária” da saúde da população pelos intelectuais e estudantes, que muitas vezes só se aproximam das comunidades para desenvolver seus objetos de estudo, cujos resultados, em sua maioria, servem apenas para encher prateleiras, não tendo resultados concretos para a saúde das populações. Espera-se, assim, que a formação de recursos humanos por essas

instituições de ensino, sejam elas públicas ou privadas, de ensino técnico ou superior, possa ser orientada para o atendimento das necessidades do SUS e que os estudos e pesquisas desenvolvidas no âmbito do SMSE possam responder aos desafios sanitários do município. Para que isso seja efetivado, há necessidade de planejamento e pactuação para a inserção efetiva das instituições de ensino nas redes assistenciais de saúde do município.

A pactuação entre os diferentes atores do SMSE tem lugar nos seus fóruns locais, regionais e municipais, com frequência definidas pelos atores envolvidos. Nos diferentes fóruns, os atores se reúnem para deliberar sobre a capacidade de absorção de estudantes pelas unidades de saúde; para definir as necessidades de educação permanente dos trabalhadores da saúde; as estratégias de educação permanente e constituição das equipes interdisciplinares; estudos de casos clínicos; estudar indicadores de saúde do bairro, território e/ou município; discutir pesquisas a serem desenvolvidas, dentre outros temas.

O fomento à construção de novas práticas e saberes tem lugar privilegiado nos eventos anuais ou bianuais do Sistema, de acordo com a realidade local, em eventos que podem ser denominados de “Mostras”, “Fóruns” ou “Seminários” de acordo com seus objetivos, oportunizando a socialização dos saberes produzidos em todas as unidades de saúde e nas instituições de ensino. O desenvolvimento das redes assistenciais e de novas tecnologias de atuação das equipes são práticas construídas no cotidiano das unidades de saúde e é preciso que os trabalhadores desenvolvam sua capacidade de reflexão sobre suas práticas e sejam capazes de sistematizá-las. Assim, contribuem para a reflexão sobre seu cotidiano profissional e para o desenvolvimento da ciência e da inovação tecnológica no campo da saúde.

Como já foi pontuado em um Sistema de Saúde Escola, cuja concepção pedagógica compreende que todos os atores são educadores e, ao mesmo tempo, também educandos, onde todos possuem saberes, atitudes e habilidades a serem desenvolvidas e compartilhadas, supera-se a lógica da educação bancária. Rompe-se com o lócus privilegiado do saber, numa concepção tradicional, em que somente algumas unidades de saúde eram consideradas como “produtoras de saber”, denominadas “hospitais-escola ou centros de saúde-escolas”. No SMSE, como já falamos anteriormente, todas as unidades de saúde passam a ter seu saber referenciado, reconhecido e fomentado. Nesse contexto, o mestre, o professor, rompe com o seu

“encastelamento”, tendo lugar o que Andrade, 2004, denomina de Tenda Invertida e surgindo como um dos sujeitos principais do processo, o preceptor ou mestre, que generosamente se desloca ao “lócus de trabalho do aprendiz” e se expõe aos desafios muitas vezes inusitados que os diversos contextos de trabalho no âmbito da ESF e do SUS impõem, tentando também transformá-los em “lócus de aprendizado e produção de conhecimento”.

### **A Preceptoría**

A proposta pedagógica para a Residência em Medicina de Família e Comunidade contém um desafio fundamental, que é a formação clínica sob a perspectiva do Programa Saúde da Família. O que não deve ser entendido simplesmente como a formação técnica de profissionais para trabalhar na atenção primária.

Nessa perspectiva, a figura do preceptor assume uma importância fundamental. Dada às características da Residência em Medicina de Família e Comunidade e considerando o que foi discutido sobre a Dimensão Pedagógica de um Sistema de Saúde Escola, propõem-se aqui duas modalidades principais de preceptorias: o preceptor de território e o preceptor clínico.

#### ***Preceptoría de Território***

O preceptor de território é um profissional que irá desenvolver um trabalho de natureza pedagógica na gestão em saúde da família (de território), mas também com os residentes de saúde da família, além de atividades de supervisão e avaliação do trabalho realizado pelas equipes de saúde da família.

Atuará junto aos residentes, à equipe de saúde da família e à gerência das equipes na definição coletiva da política local de saúde, que inclui o reconhecimento do território e seus recursos comunitários e institucionais, análise da situação de saúde, vigilância à saúde, identificação das práticas de medicina popular e articulação com os atores locais da medicina popular, planejamento local participativo, organização do serviço, promoção da saúde, co-gestão do coletivo e participação no Conselho Local de Saúde. Cada Unidade de Saúde no interior de um Sistema de Saúde Escola deverá receber no mínimo oito horas semanais de acompanhamento pelo preceptor do território, e terá como objetivo principal de ensino o enfoque dos princípios e diretrizes do SUS, as questões de Saúde Pública, as ações coletivas de saúde e a formação de uma nova atitude diante da prática.

O processo de ensino-aprendizagem realizado pelos Preceptores e Residentes deverá ter como referência principal as questões surgidas a partir do cotidiano desses profissionais e da realidade local do território.

### ***Preceptoría Clínica***

Preceptores Clínicos deverão promover, junto com os Preceptores de Território, discussões mais amplas sobre as questões relacionadas à saúde em cada ciclo de vida. Nessas discussões devem participar também as demais categorias profissionais da residência, assim como todos os profissionais envolvidos no atendimento do indivíduo ou da família.

### **Conclusão**

Os autores concluem que as necessidades de educação dos profissionais de saúde no Brasil são complexas e representam na atualidade um fator determinante para o sucesso do Sistema Único de Saúde e, em especial, sua principal estratégia de organização da atenção primária à saúde, a ESF. Com este pressuposto reafirmam a oportunidade de se empreender mudanças mais abrangentes e profundas nos processos de formação profissional e educação permanente. Posto isto, a Estratégia Sistema de Saúde Escola apresenta-se como uma alternativa factível no SUS.

## Referências bibliográficas

BARRETO, I.C.H.C ANDRADE, L.O.M.; LOIOLA, Francisco; GOYA, N.; PAULA, Juliana de Braga . Miranda, A. S. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE)

BRASIL.Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria N ° 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. Rede Observatório de Recursos Humanos. Disponível em <http://www.observarh.org.br/observarh/index.htm>. Acesso em 11/11/07

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 25 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de educação permanente em saúde. Unidade de aprendizagem: Análise de Contexto da Gestão e Práticas de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil.MS/ FIOCRUZ, 2005.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

Ellery, AEL; Vieira, APGF1, Andrade, LOM; Nuto, S. Barreto, Ivana C.H.C. O SISTEMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA. Anais do I Fórum do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza. Março de 2007. mimeo.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A Residência como modalidade referencial para especialização em serviço na área da saúde. Mimeo.

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

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GONZALEZ REY, F. G. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

VYGOTSKY, L. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

VYGOTSKY, L. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1988