



**AS PRÁTICAS DE SAÚDE EM REDE:UM DESAFIO PARA A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL**

Iracema Sousa de Medeiros Costa

Salvador – Bahia

2015



AS PRÁTICAS DE SAÚDE EM REDE:UM DESAFIO PARA A FORMAÇÃO

Trabalho apresentado ao Curso de Pós-Graduação Atenção Básica à Saúde Mental da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Especialista

Autora

Iracema Sousa de Medeiros Costa

Orientadora

Mônica Ramos Daltro

Salvador – Bahia

2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO	7
3. MÉTODO	7
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	8
SAÚDE: CONCEITO AMPLIADO PROMOTOR DE NOVAS PRÁTICAS	8
O TRABALHO EM RDE NA ATENÇÃO BÁSICA	10
A FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOB A PERSPECTIVA DE UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

AS PRÁTICAS DE SAÚDE EM REDE: UM DESAFIO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Resumo:

O presente trabalho apresenta uma revisão narrativa de literatura e busca discutir a importância do processo de formação do profissional de saúde para a constituição de um conceito de saúde ampliado, que engendre uma prática em rede, articulada, interdisciplinar e intersetorial. Para isto é problematizado o conceito de saúde e suas transformações ao longo do processo histórico e social, destacando a importância de movimentos internacionais, que debateram a necessidade de uma saúde ampliada que inclua em seu conceito as muitas dimensões da existência humana (biológica, subjetiva, social). O modelo biomédico torna-se insuficiente para responder aos problemas de saúde da população e o discurso centrado no médico é flexibilizado por saberes de outras áreas do conhecimento. Tais ideias estão na base da constituição do SUS, no Brasil. Em seguida, é discutido a organização da atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, considerada fundamental na estrutura organizacional do sistema público de saúde brasileiro. É apontado a importância de processos de trabalho realizados a partir da articulação dos profissionais em rede, garantindo a integralidade da atenção em um determinado território, lembrando que a rede é resultado do esforço diário de profissionais que atuam no sistema. Ao final, discute-se a importância do processo formativo dos profissionais de saúde, para atuarem frente às necessidades de saúde da população. São apresentadas pontos importantes das DCNs, que preconizam novos currículos com base no desenvolvimento de habilidades e competências com o objetivo de formar profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, como requerido pelo SUS.

Palavras chaves: Saúde, Profissional de Saúde , Prática em Rede

Abstrat:

This paper presents a literature review and discusses the importance of the process of training of health professionals for the creation of an expanded concept of health, which engenders a coordinated, interdisciplinary and intersectoral network practice. For thus, it questions the concept of health and its changes over historical and social process, stressing the importance of international movements, which discussed the need for an expanded health to include in its concept the many dimensions of human existence (biological, subjective, social). The biomedical model becomes insufficient to address the health problems of the population and the speech focused on doctor is relaxed by knowledge of other areas of knowledge. Such ideas are in the SUS establishment of the base in Brazil. Then, it treats about the organization of health care, with emphasis on primary care as crucial in the organizational structure of the Brazilian health public system. It pointed to the importance of work processes performed from the articulation networking of professionals, ensuring comprehensive care in a given territory, noting that the network is the result of the daily efforts of professionals who work in the system. Finally, it discusses the importance of the formative process of health professionals, to work across the health needs of the population. Then, it presents important points of DCNs advocating new curricula based on the development of skills and competencies in order to prepare students with generalist profile, humanist, critical and reflective, as required by SUS.

Key-words: Health. Workers on Health Care. Network Practice.

1 INTRODUÇÃO

Pensar/fazer saúde envolvem dimensões relacionadas diretamente com a dinâmica do viver, em que questões como morte, vida, adoecimento, sofrimento são potencializadas frente a arte do cuidar. Refletir sobre os processos saúde-doença- cuidado nos remetem ao desafio de lidar diretamente com as nuances da vida humana, sobretudo, quando é posto em pauta o âmbito da prática, do cuidado. Assim, faz-se necessário problematizar as ações dos profissionais da área de saúde pondo em relevo a complexidade própria dessa prática.

A atuação profissional é atravessada por vetores de ordem social, cultural, política, presentes no território em que se insere, e, que o ultrapassa. O cotidiano dos serviços de saúde são marcados pelo desafio de ofertarem uma atenção de qualidade, humanizada e resolutiva, em um sistema de saúde público, ainda, em construção (VASCONCELOS & PASCHE, 2012). Os atores sociais envolvidos neste processo, dentre eles os profissionais de saúde, são convocados diariamente ao trabalho com a complexidade humana, pondo em evidência a delicadeza envolvida numa prática na qual pessoas cuidam de pessoas. Essa experiência de cuidado e subjetividade não envolve exclusivamente a assistência as doenças apresentadas pelos sujeitos individualmente, está colocada na forma como a sociedade se organiza, envolve culturas, discursos, territórios, pessoas, singularidades. Assim sendo, para garantir o direito a saúde, a atenção à saúde demanda organização dos processos de trabalho de forma a promover Redes que possam dar suporte à complexidade envolvida.

Os desafios para o planejamento e programação de redes na atenção à saúde, envolvem questões referentes: ao espaço político e administrativo; às condições de oferta e acesso às ações e serviços; à capacidade de resolução de problemas em cada nível da atenção; e, vale ressaltar, a capacitação para os profissionais ultrapassarem as precariedades apresentadas pelo sistema, articulando-se entre si de forma dinâmica, para além dos espaços físicos dos serviços. As redes, dessa forma, não são conceituações abstratas e estéreis, mas acontecem no cotidiano através de fluxos viabilizados pelos próprios trabalhadores num esforço constante e diário de articulação (Brasil, 2013).

Esse estudo considera a importância do trabalho articulado, intersetorial e interdisciplinar no sistema público de saúde e propõe discutir como esse desafio está relacionado às bases formativas desses atores. Parte-se do princípio de que o processo formativo contribui de forma significativa para a construção de um conceito de saúde e que as práticas em rede estão atravessadas por esses fundamentos paradigmáticos encontrados na cultura. Assim, apresenta uma revisão de literatura que destaca como o conceito de saúde direciona o fazer em saúde, buscando contribuir para a reflexão sobre como a concepção ampliada de saúde apresentada na formação profissional, pode se constituir como uma alternativa de fortalecimento da prática em rede na saúde pública.

2 OBJETIVO

Discutir a relevância do processo de formação do profissional de saúde na construção de um conceito de saúde ampliado, que viabilize uma prática em rede, articulada, intersetorial e interdisciplinar, no sistema público de saúde.

3 MÉTODO

Esse estudo está organizado a partir de uma revisão narrativa de literatura. Os artigos organizados sob esta perspectiva são, Segundo Rother (2007), “publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual” (p. 1). São textos que constituem a análise da literatura científica publicadas em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, de acordo com a interpretação e análise crítica pessoal do autor. A metodologia é de cunho qualitativo e não é passível de reprodução, por isso é considerada de baixa evidência científica. Todavia, contribui de forma significativa para a aquisição e atualização de conhecimentos sobre determinadas temáticas em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A coleta do material foi realizada a partir de um processo não sistemático, entre o período de janeiro a julho de 2015. Foram pesquisadas bases de dados científicas em bancos eletrônicos, como: Scielo, Library, e Psycinfo; além de fontes bibliográficas. A coleta foi sendo complementado pela indicação de materiais realizada pela orientadora do trabalho. Todos os materiais foram lidos na íntegra, posteriormente, categorizados e analisados. Foram então identificadas as seguintes categorias para análise do objetivo proposto: Saúde: conceito

ampliado promotor de novas práticas; Trabalho em rede na atenção básica; Formação profissional sob a perspectiva de uma concepção ampliada de saúde.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

SAÚDE: CONCEITO AMPLIADO PROMOTOR DE NOVAS PRÁTICAS

A saúde é um campo complexo, marcado por inter-relações de diferentes conceitos e lógicas por vezes contraditórias que englobam o mesmo objeto: saúde. Este supõe dimensões apresentadas de forma paradoxal: saúde e doença, subjetivo e biológico, teoria e prática, individual e coletivo. Os significados e os sistemas explicativos que se formam em torno desse campo, tem no contexto social e histórico suas bases. Os conceitos não se limitam a uma determinada época, bem como não encontram-se reduzidos a uma única concepção de ciência. Ao contrário, sofre contribuições de diversas áreas do saber, além de relacionar-se às práticas sociais, políticas e ideológicas. Isto marca a identidade desse campo, aponta para a dinamicidade dos processos envolvidos e corrobora as próprias práticas de saúde (CAMGUILHEM, 2009; MINAYO, 2010).

A sistematização do estudo da saúde está estreitamente relacionada ao desenvolvimento da medicina enquanto ciência. O avanço significativo do saber médico mediado pelo modelo cartesiano da divisão mente corpo, constitui-se a base do modelo biomédico. Este preconiza o orgânico, defendendo a ideia de que a doença pode ser explicada a partir de alterações fisiológicas, ou seja, há uma correspondência direta entre a doença e a lesão. Tal concepção, que continua a ser reafirmada pela prática da medicina contemporânea, encontra-se no cerne da perspectiva que entende a saúde como ausência de doença (YÉPEZ, 2001).

O entendimento da doença como problema do ‘corpo’, considera apenas os aspectos orgânicos do adoecimento, enquanto dimensões psicológicas, sociais e ambientais são ignoradas. Este paradigma fundamenta práticas fragmentárias em saúde, potencializadas e disseminadas na publicação do Relatório Flexner¹, nos EUA, que consolidou o paradigma

¹ Publicado em 1910 nos Estados Unidos, resultado do estudo realizado pelo médico Abraham Flexner comissionado para fazer um levantamento sobre a educação médica naquele país. A enorme força que teve esse Relatório fez com que ele, ademais de disciplinar o aparato formador dentro dos Estados Unidos,

positivista da medicina científica, e orientou o ensino e as práticas profissionais em toda a área da saúde; reforçando a segmentação entre as dimensões que envolvem o processo da saúde: mente e corpo, individual e coletivo, privado e público, social e biológico, curativo e preventivo (SANTANA et. al, 2004 ; MEDEIROS et.al, 2005).

Vale ressaltar que mesmo tornando-se hegemônico no século XX, o modelo biomédico não abarca todas as respostas e em paralelo emergem muitos questionamentos, permitindo que outras formas de pensar se legitime. Ademais, as próprias mudanças no processo do adoecer (diminuição de doenças infecciosas, por exemplo), decorrentes em muitos aspectos pelos avanços proporcionados pela própria lógica mecanicista e fragmentária deste paradigma, evidenciaram a existência de dimensões sociais e psicológicas presentes no estilo de vida das pessoas, que precisavam ser incluídas nas práticas de saúde.

Neste sentido, as mudanças ocorridas nas últimas décadas, referentes à compreensão do processo saúde-doença, configura novos (e antigos) desafios para a dimensão do cuidado. Segundo Paim e Almeida Filho (1998), a área da saúde tem passado, ao longo do processo histórico, por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias resultantes das articulações entre a sociedade e Estado, redefinindo em cada momento respostas sociais frente as demandas de saúde.

As contribuições dos movimentos de cunho ideológico e político, a partir da década de 70, ressaltaram a importância de transformações na concepção e nas formas de fazer saúde. Os discursos apontavam para uma abertura da saúde como campo intersetorial, além de configurar-se em um direito a ser garantido. Nesse sentido, alguns documentos que ganharam repercussões internacionais como o relatório Lalonde², no Canadá, que definiu as bases do movimento pela promoção de saúde; sequencialmente a Assembleia Mundial de Saúde (1977) institui a consigna *Saúde para todos no ano 2000*, que assume uma proposta política de extensão dos serviços básicos. No ano seguinte, em 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária, promovida pela OMS, afirmou, de forma contundente, a saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos (PAIM et. al, 1988).

Estes e outros marcadores históricos apresentam, à medida que instituem, um novo paradigma, que surge enquanto área do saber e âmbito de prática, opondo-se ao modelo

influenciasse não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto naquele país como em todo o mundo.

²Em 1974, no Canadá, é lançado o documento conhecido como Relatório Lalonde, que define as bases de um movimento pela promoção da saúde. Estabelece o modelo do "campo da saúde" composto por quatro pólos: a biologia; o sistema de organização dos serviços; o ambiente; estilo de vida.

médico hegemônico: a saúde coletiva. Este movimento tem o seu desenvolvimento histórico na América Latina, a partir da década de 70. Prioriza a necessária articulação entre diferentes áreas do campo da saúde, a partir de uma perspectiva inter e transdisciplinar. Ademais, chama a atenção para a integração entre os saberes técnicos e populares, incorporando os determinantes sociais e a participação dos usuários como pontos fundamentais para a construção da política pública em saúde.

Neste contexto, é necessário destacar o papel do movimento sanitário no Brasil e sua luta pela construção e implantação de um sistema de saúde democrático e eficaz. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde mostrou imensos desafios e mudanças ao modelo vigente. Nesta década se efetiva a noção de saúde enquanto direito, tomando consistência jurídico-política com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada na Constituição Federal de 1988 (YÉPEZ, 2001). A constituição brasileira institui o SUS, enquanto política e espaço de operacionalização de uma nova saúde, compreendida como um conceito aberto, no qual sentidos, signos, significados e práticas mostram grande variação, pois não consideram possível referir um padrão unificado de normalidade ou de saúde (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 119). A partir dessa perspectiva ampliada de saúde é possível configurar as muitas dimensões que a determinam de natureza social, contextual, cultural, biológicas, subjetivas, ultrapassando o modelo assistencial voltado ao tratamento de doença ou agravos em saúde.

No entanto, já se passaram mais de 25 anos da constituição deste sistema e sua efetivação é ainda retórica em especial no âmbito da atenção básica, quando se analisa a atenção a saúde, em um país de dimensões continentais. Muitos desafios ainda se impõem, que vão desde o funcionamento de uma pequena unidade de atenção básica até questões de macro estrutura política e administrativa. Esses desafios colocam em evidência a necessidade de desenvolver estudos que contemple o profissional de saúde inserido num sistema, fundamentado em princípios que não necessariamente são garantidos. Por isso, é igualmente importante destacar, uma vez sendo o objetivo deste trabalho, o papel desses profissionais de saúde nos serviços de base do SUS. Quem são esses sujeitos? Em que concepção de saúde pautam suas ações? O que tem a literatura discutido sobre o tema? A atenção básica, sendo a organizadora do sistema, viabiliza o acesso da população aos serviços; embora a acessibilidade seja um princípio fundamental, não basta. Vale questionar como estes serviços estão sendo ofertados, ou, ainda, se a oferta realizada condiz com uma percepção de saúde que potencialize e empodere o sujeito ou, por outro lado, tem reproduzido práticas reducionistas deste sujeito.

O TRABALHO EM REDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica à Saúde (ABS), no sistema público de saúde brasileiro, constitui-se em uma das principais portas de entrada do sistema. Nota-se, no entanto, duas nomenclaturas para designar este nível da atenção à saúde: Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS). Em outros países é tradição utilizar o termo Atenção Primária, porém, no Brasil, devido a tradução realizada se convencionou a segunda expressão (CAMPOS, et. al, 2010). Dessa forma, este estudo adota, seguindo a tradução brasileira, a denominação Atenção Básica à Saúde.

Para além da nomenclatura utilizada, Campos (2010), chama a atenção para o equívoco que essa terminologia primária e básica provocam no imaginário de muitos, inclusive profissionais da área de saúde, remetendo a sentidos como simples, primitivo, de menor complexidade. Imagina-se que os problemas de saúde que chegam à atenção básica são simplificados e por isso requerem menor qualificação técnica para os profissionais, uma vez que irão utilizar de tecnologias menos sofisticadas, o que não se constitui como verdade, quando se está nela atuando. Tais ideias acabam por contribuir para a desvalorização do profissional no mercado de trabalho e corrobora a ideia da impossibilidade de resolução dos problemas de saúde nesse ponto da assistência, e alimentam os grandes grupos econômicos interessados em desarticular o sistema público de saúde.

Espera-se que a atenção básica além de viabilizar o acesso da população ao sistema de saúde, esteja apta a solucionar os problemas que lhes são apresentados. Para além da teoria, entretanto, o modo de organização atual do processo de trabalho nas ABS são confusos, e não tem conseguido equacionar os problemas de saúde da população, que continua a enfrentar dificuldades de acesso e baixa resolutividade; o que se configura hoje em um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro (VASCONCELOS & PACHE, 2012).

A ABS traz no seu bojo objetivos fundamentais para a efetivação do SUS. Aqui, como em nenhum outro ponto da assistência, a relação e o vínculo entre profissionais e usuários, sujeitos que demandam os serviços, são pontos chaves no atendimento. As diretrizes organizacionais que fundamentam o papel da ABS são a seguir apresentadas: a) Acolhimento a demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade (pressupõe disposição, organização e preparação da equipe para receber a demanda, com avaliação de riscos, garantindo o atendimento com a máxima resolutividade possível); b) Clínica ampliada e compartilhada (a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito); c) Saúde coletiva (necessário a realização , pela rede básica, de

procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no território); d) Participação na gestão (refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação e o controle social). A operacionalização dessas diretrizes são possíveis a partir de um modelo organizacional guiado, dentre outros pontos, pelo trabalho em equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (“trans” no sentido de maior grau de comunicação, trocas de saberes, afetos e corresponsabilidades entre os membros da equipe), de modo a superar à excessiva fragmentação do processo de trabalho em saúde (CAMPOS, et. al, 2010).

Peduzzi (2001), destaca o trabalho em equipe como elemento fundamental no funcionamento da ABS, refere-se ao trabalho coletivo, dialógico, que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos atores envolvidos. Esta prática institui uma dinâmica em que estão presentes elementos como a complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados, além das relações intersubjetivas que são estabelecidas que podem garantir o real funcionamento do sistema. No entanto, seu estudo evidencia, que na prática, o que se observa é uma tendência a propagação de ações compartimentalizadas nas equipes, focalizando apenas as atribuições de cada profissional. Isso é responsável, em grande parte, pela debilidade dos serviços, burocratização e alienação do trabalhador e, por conseguinte, da relação deste com o usuário.

As equipes na atenção básica são compostas no mínimo por um médico um enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos com formação e função de generalistas, e os agentes comunitários de saúde (BRASIL,2006). Outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos vêm sendo incorporados a esses arranjos com o objetivo de ampliar a resolutividade dos serviços. Ademais, as equipes fixas podem contar com apoio de profissionais que atuem em diversas equipes, realizando matriciamento. Isto ocorre sob a responsabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. Estes não se constituem como serviços em unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas com as equipes da ABS atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

A Equipe de Saúde da Família junto com a equipe responsável pelo apoio matricial, ficam encarregadas pelo cuidado de um conjunto de pessoas em um determinado território. Faz-se interessante destacar a importância da noção de território para o funcionamento da rede de atenção à saúde e para a organização do trabalho nos serviços. As equipes são responsáveis por um determinado espaço geográficos e uma cobertura populacional delimitada. No entanto, esta ideia de delimitação precisa de espaço físico é insuficiente para alcançar a qualidade que

se pretende na atenção básica (Brasil, 2013). O trabalho deve pautar-se, assim, na ideia de territórios existenciais, conceituado por Guattari, (1990 apud, Brasil 2013), ou seja, espaços que configuram, se desconfiguram e reconfiguram a partir das relações, sempre dinâmica, que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

A principal ferramenta, neste sentido, é relacional; deve-se considerar a inclusão da subjetividade, tanto do sujeito para o qual o cuidado é dispensado, quanto do cuidador. O profissional, assim, deve estar atento e permitir deslocamentos em seus próprios territórios existenciais. O trabalhador depara-se com muitas realidades distintas, representadas nas histórias dos usuários que chegam ao serviço, onde ocorrem trocas subjetivas. É necessário uma postura atenta, receptiva, em prontidão para oferecer uma escuta acolhedora. A realização do trabalho deve ser mediado pelo estabelecimento do vínculo. Nos atendimentos realizados entre profissionais e usuários há sempre um encontro de sujeitos. Carvalho & Cunha (2012) apontam não ser possível haver qualificação e humanização da atenção sem um equilíbrio maior de poderes, tanto nas relações entre os trabalhadores na organização, como na relação dos profissionais, representantes da instituição, com os usuários. A construção do vínculo dependerá desse desenho organizacional e da ligação entre equipe e usuário ao longo do tempo.

Para um funcionamento ético, integral e universal ser garantido, a ABS necessita ser articulada a uma rede de serviços que apoie e amplie a capacidade para a resolução dos problemas de saúde. A atenção básica deve estar ligada de forma dinâmica a outras redes, como de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social além da comunidade em sua dimensão mais ampla. Vale, no entanto, observar que a articulação em rede acontece para além da existência dos equipamentos de saúde. Junqueira (2010) pontua que a organização em rede diz respeito, sobretudo, a forma como o serviço público é concebido, planejado, produzido e ofertado à população. A Constituição Federal de 1988 estabelece, no art. 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). Essa noção remete a ideia de conexão, entrelaçamento, comunicação e evidencia a complexidade das práticas em saúde.

Cada profissional de saúde, “necessita estar referenciado à equipe, ao serviço e à rede assistencial ao qual está inserido” (SEVERO et.al, 2010, p. 1687). O cuidado integral é construído através da reflexão e do diálogo sobre o processo de trabalho e das ações intersetoriais entre os trabalhadores. Isto permite a superação de um fazer profissional fragmentado e descontextualizado. Ação fundamental, uma vez que o trabalho em saúde

coletiva englobam dimensões para além da técnica: econômica, política, ideológica, fundamentada em uma ética comprometida com a emancipação humana. Neste caso o trabalhador é chamado a exercer funções de direção, planejamento, supervisão e controle sobre um conjunto de práticas de saúde. Isto confere, segundo Paim (2006), “uma dupla – face ao profissional em saúde coletiva: técnico de necessidades de saúde e gerente de processos de trabalho em saúde ou de produção de serviços” (p. 106).

Para o enfrentamento dos desafios concernentes a organização dos serviços e a garantia do cuidado integral, faz-se necessário profissionais com uma formação básica em saúde coletiva, capazes de apoiar e produzir estratégias voltadas para a integralidade das ações de saúde e para o desenvolvimento de políticas intersetoriais. Trabalhadores que pautem suas ações em fundamentos ampliados de saúde, que comportem as realidades sociais e contextuais. Posturas importantes para o funcionamento de serviços essenciais do sistema como a atenção básica. Mas será que esses profissionais estão capacitados para práticas de saúde dessa natureza?

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOB A PERSPECTIVA DE UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE

A complexidade envolvida na concepção de saúde ampliada, voltada à promoção de um olhar e um cuidar integral do sujeito, problematiza a formação dos profissionais de saúde, que dentre as muitas incumbências são convocados a atuar com criatividade, autonomia, acolhimento, de forma a empoderar aqueles que os demandam. São também chamados a mediar processos de saúde e adoecimentos de modo a favorecer que o sujeito encontre meios para amenizar seu sofrimento e olhe além da doença. Será que os processos de formação acadêmica investem na capacitação de profissionais aptos ao protagonismo frente ao sistema público de saúde? Será que prepara profissionais para superar obstáculos como desvalorização profissional, condições de trabalho precárias, gestões temerárias? Será que investe em empoderar-los?

A Política Nacional de Saúde preconiza princípios e diretrizes norteadoras, dos quais destaca-se a integralidade, um princípio e um conceito central. A reforma sanitária brasileira toma a integralidade a partir de pelo menos quatro perspectiva: a) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas mediante ação intersetorial.

Dessa forma, a integralidade é uma diretriz organizadora do pensar e fazer profissional, do processo de trabalho e de uma política pública, que busca o desenvolvimento de um sistema pautado na articulação entre trabalhadores, gestores e usuários. Isto implica na construção de condições para o funcionamento de um sistema atento às diversas fases da atenção à saúde, bem como ao processo do cuidado, preconizando um atendimento humanizado e fundamentado na promoção da saúde (PAIM, 2006).

No entanto, para a concretização destes princípios faz-se interessante problematizar o lugar da formação como fator contributivo nesta trajetória. É fato que a educação tem um papel fundamental para que as pessoas de uma forma geral (crianças, jovens e adultos) tenham a possibilidade de participar da vida em sociedade de modo efetivo. Esta perspectiva considera que a educação, nos domínios da formação do profissional de saúde, tem por objetivo superar a forma automatizada de transmissão de conhecimentos técnicos, para uma alternativa em que as pessoas aparecem como sujeitos críticos. Estes, por sua vez, munidos de estratégias reflexivas se comprometem, com maior ou menor êxito, com práticas concebidas na maioria das vezes sob uma perspectiva política e ética. A formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, como requerido pelo SUS, é um ponto fundamental para a operacionalização deste sistema. A Lei de Diretrizes e Bases (LDB- Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) propõe para os cursos de graduação em saúde Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que começaram a ser implantadas de forma efetiva, e a partir de muita resistência, no início da década de 2000. Estas afirmam a responsabilidade das instituições de ensino superior em preparar os profissionais, voltados para as demandas de saúde da população brasileira. Para isto apontam estratégias para a construção de um currículo integrado, ou seja, em que o projeto político pedagógico seja construído coletivamente; garanta a interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem; valorize as dimensões éticas e humanísticas; insira professores e estudantes nos serviços existentes, fortalecendo a parceria ensino-serviço; selecione conteúdos orientados pelas necessidades sociais; e incentive o desenvolvimento de um sistema de co-responsabilização (gestores, profissionais e usuários), avaliação e acompanhamento (BRASIL, 2008).

Essa perspectiva desafiou as instituições a formar profissionais de saúde para atuarem nos diversos níveis da assistência, em especial, na atenção básica, sendo esta central para a organização do sistema de acordo com a política nacional de saúde. Nesta lógica, mais que trabalhadores, os profissionais são chamados a serem promotores de saúde, instrumentalizando indivíduos e coletividades a aumentarem o controle sobre os determinantes de saúde (emprego, educação, renda, lazer, etc.) e, por conseguinte, sobre as

repercussões do processo do adoecer e morrer. Segundo Berbel (2011), o desenvolvimento de capacidades humanas que potencialize um pensar, sentir e agir mais profundo e amplo, comprometidos com o contexto é função da educação. Este ponto está presente na legislação de diferentes formas, englobando os mais variados níveis de escolaridade. Isto não exclui a necessidade da aquisição de informações, no entanto “a escola tem a incumbência de atuar para promover o desenvolvimento humano, a conquista de níveis complexos de pensamento e de comprometimento em suas ações” (p. 26).

As DCNs, propostas para os profissionais de saúde configuram um perfil profissional ajustado às necessidades do SUS, em especial para a atenção básica, apto a atuar na assistência, na prevenção, mas também no desenvolvimento das potencialidades de sujeitos e comunidades. Assim, a formação deve ser fundamentada na promoção de saúde, um dos eixos estruturantes do SUS, que diz respeito ao fortalecimento da capacidade de indivíduos e grupos sociais para intervir nos determinantes do processo saúde-doença. Promoção envolve articulação de saberes técnicos e populares, mobilizar recursos de diferentes setores (público, privado, comunitário e institucional) a fim de enfrentar e resolver os problemas de saúde (CHIESA, 2007).

A promoção da saúde tem no cerne de sua estrutura filosófica a dimensão do empoderamento de sujeitos e comunidades, ou seja, a dimensão do *empowerment*. De acordo com Chiesa (2007), este é um eixo central para o processo de formação em saúde, que vem sendo aplicado em diferentes campos do conhecimento, sofrendo modificações ao longo do tempo. Objetiva, dentro do novo paradigma da formação dos profissionais e da promoção da saúde, contribuir para o fortalecimento dos sujeitos envolvidos, sabendo que os profissionais e a população são atores do mesmo processo. O *empowerment* incorpora noções que vão desde a ideia de autonomia até as relações de poder que são estabelecidas. O modelo pressupõe a horizontalização do poder, de modo a estimular a autonomia e a construção de vínculos significativos em todas as relações estabelecidas ao longo do processo de aprendizagem até a gestão do cuidado. Ademais permite visualizar a sociedade de forma macro a partir das representações nos pequenos grupos dentro de territórios específicos (CHIESA, 2007).

Assim, é necessário direcionar a formação para visualização e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença a partir de uma nova visão de mundo. Na Atenção Básica, o trabalho é desenvolvido no contexto social onde os equipamentos de saúde estão implantados. É interessante que o profissional desenvolva competências para lidar de forma autônoma frente as realidades que lhe são apresentadas, identificando as potencialidades existentes no meio, no indivíduo e nos coletivos. Ademais, esse tipo de atividade demanda

intervenção no próprio sistema, articulando com profissionais dos serviços de saúde existentes, e mesmo com outros setores que compõem o território de atuação (educação, assistência social, etc) construindo de forma permanente as redes. A atuação realizada a partir da articulação intersetorial e interdisciplinar, é uma competência a ser desenvolvida e sob a responsabilidade, também, da formação do profissional.

Nesta lógica, as DCNs, conforme sua estrutura legal, propõem o desenvolvimento de currículos com base em habilidades e competências, de modo a preparar os profissionais de saúde a atuarem com criticidade frente aos desafios cotidianos do sistema público de saúde. É interessante a utilização de metodologias que proporcionem maior autonomia e visão crítica, de modo a possibilitar um aprendizado significativo, em consonância com a promoção da saúde. Os currículos, neste sentido, devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais, considerando a “complexidade de realidades, ambiente que relaciona, ao mesmo tempo, contradições e ambivalências em uma trama de poder que negocia conflitos e tensões” (DALTRO, et. al, 2012, p. 5).

Sem negar o percurso de saberes e técnicas acumuladas ao longo da história de cada profissão, é necessário romper com paradigmas conteudistas e consolidar novos desenhos curriculares centrados em metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar fundamentada nas ciências humanas, sociais e biológicas. Berbel (2011) entende Metodologias Ativas como formas de desenvolver o processo de aprender a partir de atividades essenciais da prática social em diferentes contextos, sejam elas reais ou simuladas. Este processo se desenvolve com vistas na solução de problemas e na construção horizontal de novos conhecimentos. Parte do princípio que a aprendizagem ocorre de forma efetiva por meio da superação de desafios e experiências prévias dos indivíduos, permitindo ao aluno protagonizar seu próprio processo de formação.

Todavia, de modo geral, a realidade da formação dos profissionais de saúde, ainda, não corresponde as necessidades da atuação no SUS. Há um distanciamento entre o que se propõe pelas escolas e os problemas de saúde da população (CHIESA, 2007). O ensino ocorre com enfoque biologicistas, curativo, centrado na figura médica, sem articulação com o contexto. Já o campo da promoção exige abertura para práticas, que possibilitem o trabalho extramuros entre os profissionais e, então, operacionalize as redes dentro da atenção. Para isto, o processo educacional, dentre outros fatores, tem o papel de instrumentalizar, preparar os estudantes para o âmbito da prática a partir de um modelo que aproxime o contexto acadêmico do cotidiano.

A formação acadêmica tem como objetivo preparar profissionais para atuarem de forma reflexiva e crítica diante das tramas sociais, que se apresentam nos setores e instituições de saúde, enquanto uma necessidade, uma demanda que não se configura apenas na lógica do socorro a sintomatologia de uma determinada doença, mas, vem carregada de aspectos objetivos e subjetivos da existência humana. As DCNs preconizam currículos com base no desenvolvimento de habilidades e competências, significando que a formação focaliza o profissional/ sujeito da aprendizagem, como o ator privilegiado do processo pedagógico. Assim, a construção do conhecimento não relaciona-se ao acúmulo de informações, mas refere-se a aplicabilidade, à capacidade de transformar o que foi aprendido em ação, que não é indiscriminada, mas, dialogada com o contexto, com as singularidades de sujeitos e grupos (DALTRO et. al, 2012).

Tomando a reflexão de Bondía (2002) sobre a experiência como algo cada vez mais raro na sociedade atual e na vivência educacional- atravessada pelas urgências do mercado competitivo, pelo acúmulo de informações, pela obrigatoriedade da opinião, pela falta de tempo para maturação do conhecimento, pelo excesso de trabalho- vale trazê-la para se pensar sobre a formação dos profissionais de saúde, que tem como pressuposto o cuidado dispensado a pessoas. A experiência, segundo este autor, é o que afeta o sujeito, deixa marcas, vestígios, definindo-o não por sua atividade, mas, sobretudo, por sua receptividade, disponibilidade, abertura ao estranho e ao perigo. Talvez seja este o objetivo implícito do processo de formação, para além das exigências curriculares: dar suporte para que os profissionais possam expor-se, afetar-se e a partir daí construir sua atuação, que é técnica, desenvolvida e vivenciada ao longo de um percurso.

Este caminho pode evocar ações percebidas como autônomas e motivadas intrinsecamente, que são consideradas mais legítimas, que aquelas percebidas como resultado do controle externo (BERBEL, 2011). O sujeito sente-se à vontade, neste sentido, para planejar e realizar suas metas, bem como avaliar seus erros e acertos, com vistas ao alcance de seus objetivos, uma vez que sua atuação é significativa e coerente com seus valores. As metodologias ativas exercem um papel importante como estratégias para promover autonomia, e motivação nos estudantes de saúde. Estas tem como fator central o sujeito - ator principal de sua formação, permitindo-lhes vivências de questões e desafios, cada vez mais próximas da realidade. Porém, é necessário, como referido acima, que tais atividades sejam capazes de deixar marcas nos profissionais que aprendem à medida que se experimentam.

Desenvolver a criticidade nos trabalhadores significa, também, observar suas próprias práticas, atravessadas, em grande medida, por fundamentos paradigmáticos que são

encontrados na sociedade, na cultura, e na história. Neste sentido, evidencia-se a proporção que o discurso biomédico tomou na sociedade, tendo em seu centro a medicina científica como modelo legítimo para as práticas na área da saúde, influenciando não apenas a classe acadêmica, mas a população, no modo de pensar e agir sobre sua própria saúde, dispensando este poder a figura do médico, em especial. No entanto, observa-se uma flexibilização no entendimento sobre saúde, de modo a incluir outros campos do saber às possibilidades da existência e do sofrimento humano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS-1984) compreende a saúde como estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual, colocando em evidência o ser humano em suas múltiplas dimensões. Independente das discussões em torno deste conceito, é interessante a abertura para outros aspectos no entendimento do processo saúde- doença. Ganha destaque a necessidade dos cursos se adequarem a essa nova visão, incluindo a subjetividade e as questões sociais como fatores relevantes no processo de formação do profissional de saúde. Assim, também, ocorre uma maior abertura para outros saberes e conhecimentos, influenciando a reflexão sobre o que é saúde, que repercute nos processos de trabalho.

A discussão sobre o trabalho tecido por redes, possível apenas através da articulação intersetorial e interdisciplinar, ganha destaque na formulação e organização da atenção à saúde no sistema público brasileiro. Recentemente vê-se muitas portarias implantando algumas redes importantes para a organização dos serviços, como, exemplo: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS- Portaria nº 3.088/ 2011), Rede cegonha (Portaria nº 1459/ 2011), Rede de Urgência e Emergência (Portaria nº1.600/ 2011), etc. Está presente na constituição dessas redes, a ideia de maior resolutividade dos problemas de saúde e oferecimento de um serviço de qualidade capaz de intervir, na prevenção, promoção e reabilitação dos casos.

No entanto, para além das regulamentações legais, como buscou-se discutir neste texto, é fundamental ressaltar a necessidade de dispor da articulação em rede, enquanto uma estratégia para lidar com o trabalho que acontece no cotidiano dos serviços, quando os trabalhadores se deparam diretamente com as ausências: ausência de estrutura, de recursos humanos, de materiais de consumo, entre outras, a depender da realidade. Nesse momento, a

percepção do profissional sobre o seu papel e sobre o seu objeto de trabalho fará uma diferença significativa. O conceito de saúde construído no processo formativo o ajudará a identificar as possibilidades em cada situação, permitindo as trocas com o outro, seja ele profissional ou não.

Proporcionar aos estudantes, futuros profissionais de saúde, bases sólidas para atuarem no sistema público, contribuindo para a sua real efetivação é papel imprescindível do processo formativo, que não se inicia e nem se finaliza com a graduação é uma ação política fundamental para consolidação do SUS. As instituições de ensino superior, são responsáveis por despertarem solidamente nos profissionais a motivação e o desejo frente às necessidades sociais e especialmente sobre a concepção de saúde apresentada aos estudantes

Compreender que o fazer no âmbito da saúde refere-se aos modos de viver e ao cuidado com ser humano, enquanto sujeito integral, descola essa prática de forma significativa do campo das ciências naturais para um campo de conhecimento híbrido que envolve a atenção as questões biológicas mas também as demandas subjetivas e sociais. Nessa perspectiva, este fazer nunca pode ser solitário, isolado, na medida em que nenhum profissional, ou especialidade, pode dar conta da complexidade aí implicada. Faz-se necessário garantir as trocas intersubjetivas (entre trabalhadores, gestores e usuários) promotoras de redes, a autonomia, a capacidade de trabalhar em equipe, a ética; estas não são competências inatas precisam ser aprendidas. A centralidade que o tema da autonomia, da flexibilização de poder e da produção de subjetividades assumem frente ao percurso desafiador de pensar/fazer saúde, abrem caminhos para novas concepções e estratégias sobre a prática, e essas precisam estar integradas ao saber produzido nos domínios da formação acadêmica em saúde.

Nessa perspectiva a integralidade pode assumir o protagonismo na atenção à saúde, esta compreendida a partir da complexidade que envolve a existência humana. Aproximar-se do processo saúde-doença-cuidado exige do profissional o desenvolvimento de técnicas que ultrapassem o conjunto de conhecimentos de sua área específica. É necessário utilizar-se de tecnologias consideradas leves (acolhimento, vínculo, escuta, etc), desenvolvidas em especial na Atenção Básica à Saúde, onde a relação entre os profissionais e os usuários ocorrem de forma direta, sem mediações de grandes aparatos tecnológicos, sem retórica. Estes e outros aportes são técnicas que precisam ser engendradas pela formação, no processo de construção que é básico de todo e qualquer profissional de saúde, mas também como uma perspectiva de sociedade mais justa, que assegura os direitos dos seus cidadãos.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. et al. Conceito de saúde mental. Rev USP, 43: 100-125, set/dez, 1999.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de da experiência. Rev. Bras. Educ. n. 19 Jan/Fev/Mar/Abr 2002.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia em estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf. Acesso em: 02 de maio de 2015

_____. PORTARIA Nº 648 de março de 2006-Cria a Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A formação do profissional de saúde em sintonia com o SUS. CONASEMS, Brasília, 2008.

_____. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CHIESA, A. M., et, al. A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa a luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. v. 12, n 2, p. 236-240. 2007.

CANGUILHEM, G. (6ª edição) O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

- CAMPOS, G.W.S. et, al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P (Org). Manual de práticas da atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010, p 121-142.
- CARVALHO, R. C; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S, et, al (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 903-931.
- DALTRO, M.R, et. al. Profissionais de saúde na contemporaneidade. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, v.1, n, p. 3-25, 2012.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos>. Acesso em: 01 de maio de 2015.
- MEDEIROS, P. F. et, al. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 21, n. 3. P. 263-269, 2005.
- MINAYO, M. C. S (12º edição). O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OMS 1984 OMS (Organización Mundial de la Salud), Accidentes del Tráfico en los Países en Desarrollo. Serie de Informes Técnicos 703. Ginebra: WHO. 1984
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32 , n. 4, p. 299-219, 1998.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.
- PAIM, J. S. Desafios da Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006. 152 p.
- PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1927-1953, out, 2013.
- YÉPEZ, M.T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. Psicologia em Estudo, Maringá, 6 (2) 49-56, jul./dez. 2001.
- ROTHER ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. Enferm . v. 20, n 2, p. 1-2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2015.
- SATANA, J. P, et, al. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. CADRH. p. 233-44, 2004;. Disponível em:http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf. Acesso em: 16 de março de 2015.
- SEVERO, S.B; SIMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v 15, n 1, p. 1685-1698, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 01 de maio de 2015.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS Em Perspectiva. In: CAMPOS, G.W.S, et, al (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-585.

