INTEGRALIDADE, EDUCAÇÃO PERMANENTE E TRABALHO EM EQUIPE: MULTIPLICANDO SENTIDOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

INTEGRALITY, PERMANENT EDUCATION AND TEAMWORK: MULTIPLYING MEANINGS IN HEALTH EDUCATION

Eloá Rossoni*

RESUMO

O texto aborda os múltiplos sentidos dos conceitos de integralidade, educação permanente e trabalho em equipe nos contextos da formação em serviço no Sistema Único de Saúde. Respaldando-se nas teorizações de autores contemporâneos que discutem a leitura de conceitos e teorias em contextos diversos, esses conceitos são problematizados e colocados sob rasura frente aos desafios da atenção e do ensino em saúde. A articulação da integralidade da atenção com a educação permanente dos profissionais de saúde e com o trabalho em equipe é destacada no texto devido à importância desses aspectos na formação de profissionais para atuação em serviços de saúde, de modo que esta formação não seja capturada pela lógica dominante do "modelo de biomedicalização". Considera-se que esses conceitos produzem sentidos na formação de profissionais de saúde quando o ensino está incluído dentro de serviços do SUS e mantêm o foco no cuidado centrado no usuário.

PALAVRAS-CHAVE

Formação em Serviços de Saúde.
Integralidade em Saúde. Educação Permanente.
Trabalho em Equipe.

ABSTRACT

The text discusses the multiple meanings of the concepts of integrality, permanent education and teamwork in the contexts of inservice training within the Sistema Único de Saúde (Brazilian Unified Health System – SUS). In support to the theories of contemporary authors who discuss reading concepts and theories in different contexts, these concepts are problematized and placed under scrutiny facing the challenges of health care and education. The articulation of integrality in health with the lifelong education of health professionals and teamwork is highlighted in the text as important aspects of training in health services, so that it is not captured by the dominant logic of the "biomedicalization model". It is considered that these concepts produce meaning in the training of health professionals when it is held within the Sistema Único de Saúde (Brazilian Unified Health System – SUS) services and keep the focus on user-centered care.

KEYWORDS

Training in health service. Integrality in Health. Permanent Education. Teamwork.

*Doutora em Educação. Professora Adjunta da UFRGS e Coordenadora da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/SES/RS.

Correspondência
Escola de Saúde Pública – Av. Ipiranga 6311 – Bairro Partenon – Porto Alegre – RS CEP 90610-001.
E-mail: *eloarossoni@cpovo.net

INTRODUÇÃO

No transcorrer dessa escrita trago para a cena os conceitos de integralidade, educação permanente e trabalho em equipe que se articulam com as áreas da educação e da saúde e são usados como justificativa para a realização da formação profissional dentro de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses conceitos tem recebido destaque especial nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, nos Programas de Reorientação Profissional na Graduação (PROSAUDE I, II e III), nos Programas de Educação para o Trabalho (PET-Vigilância e PET-Estratégia de Saúde da Família), nas diretrizes dos programas de Residência Multiprofissional e Integrada em Saúde e nos programas de vivências de estudantes no SUS (VER-SUS). Há pouco mais de uma década, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação por intermédio de programas e políticas de educação e saúde tem provocado movimentos na forma de ensinar e aprender a fazer saúde no país.

A seguir apresento a partir de que possibilidades teóricas são tecidas considerações sobre os conceitos de integralidade, educação permanente e trabalho em equipe e suas articulações com a formação de profissionais em serviços de saúde.

A LEITURA DE CONCEITOS E TEORIAS EM CONTEXTOS DIVERSOS

Qualquer processo educativo ou investigativo pressupõe o uso de vários conceitos e teorias, seja para explicar a proposta dos autores e dar sustentação à metodologia escolhida, seja para discutir o que foi produzido. Bauman utiliza-se da metáfora do nascimento das plantas para exemplificar o nascimento de um conceito:

> Na fase inicial de sua vida, semelhante à das plantas, os conceitos são o que o solo e as circunstâncias da germinação lhes permitiram ser. Impregnam-se do conteúdo do solo de que brotaram. [...] Depois que os conceitos se desenvolvem, a direção e a extensão de sua viagem dependem inteiramente de outras coisas; no entanto, para onde quer que se dirijam, carregarão consigo seus sinais de nascença. (BAUMAN, 1998, p. 160-161).

Mesmo que "as mais universais das noções" tenham nascido e adquirido forma "na experiência particular das pessoas vinculadas a lugar e tempo específicos" (BAUMAN, 1998, p. 160-161), os conceitos, quando empreendem viagem, podem adquirir diferentes significações. Costa (2000, p. 46), ao analisar a tradução cultural e as práticas feministas, permite refletir sobre "a intensa migração de conceitos e valores que acompanham as viagens dos textos e das teorias", salientando a importância de estender "uma leitura íntima do texto em mãos para uma leitura igualmente íntima do texto social". Alerta ainda que, muitas vezes, um conceito que apresentou potencial de ruptura em um dado contexto, em outro lugar pode se tornar despolitizado. Ainda há de se esperar que os conceitos possam provocar leituras imprevistas, dependendo do lugar e das pessoas que os leem, assim como as leituras das teorias – quando introduzidas em outro contexto, podem transformá-lo radicalmente. Para exprimir resumidamente, um conceito pode ter inúmeras leituras, dependendo

de quem o lê, do contexto onde é lido ou relido e das mudanças que provoca ou não em cada contexto. Assim, para Bauman (1998, p. 160):

> À medida que se desenvolvem e amadurecem, os conceitos começam a se mover por conta própria e, às vezes, alcançam territórios bastante distantes de seu local de origem. Eles vagueiam pelo passado, que os ignorava na época em que era ainda presente. Ou fazem uma incursão ao futuro, que – quem sabe? – pode, de igual modo, ignorá-los quando sobrevier, uma vez que não os julgará úteis.

As colocações de Costa (2000), juntamente com as reflexões de Bauman (1998), fazem pensar a respeito de alguns conceitos que permeiam os processos de educação e saúde e que passaram a adquirir visibilidade durante o Movimento pela Reforma Sanitária, tornando-se bandeiras de luta do direito à saúde no país. Integralidade é um desses conceitos que funcionou/funciona como ruptura com alguns pressupostos da atenção e da educação em saúde sendo, posteriormente, incorporado nas políticas de educação e ensino na área de saúde pelo vigor com que tensionava/tensiona outros conceitos hegemônicos. Portanto conceitos não carregam somente significados, mas também valores. No caso da integralidade, considera-se que o mesmo carrega o valor da "afirmação da vida"[1].

Camargo Junior et al. (2007) questiona se integralidade é uma palavra que pode ser tida como um conceito, pois a considera como uma rubrica ou um agregado semântico que agrupa um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Entre elas, cita o discurso de organismos internacionais voltados à atenção primária e à promoção de saúde, os princípios expressos nas políticas do Ministério da Saúde (MS) e em textos acadêmicos que envolvem críticas sobre a assistência à saúde. O autor também salienta a confusão que pode ser feita entre "atenção integral" e "atenção total", colocando em questão se é possível e desejável que a atenção à saúde possa dar conta da "totalidade" das necessidades de um ser humano em função do risco de um controle sem precedentes sobre a vida das pessoas e de uma "medicalização também integral" (CAMARGO JUNIOR et al., p. 37).

Se na perspectiva da Reforma Sanitária, na década de 70, o termo surge como um ideal regulador imbuído da ideia de "totalidade" – própria da influência marxista, incorporada nesse movimento, com o objetivo de superar a fragmentação da atenção –, não seria de estranhar que, em tempos atuais, o mesmo termo precise ser problematizado e colocado sob rasura para não perder seu caráter político e inovador. Desse modo, parece mais apropriado que a integralidade seja associada ao desafio constante de enfrentar as singularidades dos processos de saúde e adoecimento em sujeitos singulares com múltiplas demandas que acorrem aos serviços de saúde, assumindo, como Camargo Junior et al. (2007), que como tal é algo "indispensável" e almejável, mas ao mesmo tempo "inalcançável".

1 Termo cunhado por Nietzsche, que, a partir das interpretações da tragédia de Aristóteles e Schopenhauer, elabora uma nova perspectiva inovadora do mundo e da vida. O filósofo considera que a tragédia, mesmo demonstrando o aniquilamento e a dor do herói, afirma o valor intrínseco da vida, decorrente da compreensão de que todos os elementos constituintes do mundo estão entrelaçados.

Simoni (2007, f. 40) comenta a emergência da integralidade para dar conta do vazio produzido pela multiplicação exponencial das tecnologias biomédicas, que apresentam avanços na abordagem da doença, mas não acolhem na mesma proporção o sofrimento humano. Segundo a autora, a noção de integralidade coloca-se também como resistência ao modelo das especialidades que fragmenta a pessoa atendida, fazendo do sujeito um mero objeto da ação técnica, questionando assim o governo técnico-científico da vida.

Portanto, a partir desses autores, é possível constatar que diversas reflexões sobre o cuidado em saúde são mobilizadas pelo princípio da integralidade. Como o cuidado deve ser o foco maior da formação, é preciso pensar processos educativos que coloquem a integralidade do cuidado em pauta. A ideia com este texto é pensar sobre isso a partir de algumas questões.

INTEGRALIDADE: O QUE A FORMAÇÃO TEM A VER COM ISSO?

Desde a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), em que foram definidos os princípios do SUS, entre eles o da atenção integral, está posto como um desafio para as instituições que realizam formação em saúde preparar os profissionais graduados nesta área para atuação no sistema vigente, ordenado com base na integralidade da atenção, na humanização da assistência, na construção interdisciplinar do conhecimento e na concepção de trabalho em equipe de saúde. No entanto, a educação de profissionais de saúde, no país, sofreu e ainda sofre forte influência do paradigma flexneriano, introduzido a partir da década de 40 com a finalidade de profissionalização do ensino em saúde. Esse paradigma, baseado no Relatório Flexner[2], compreende "que há uma hierarquia para as aprendizagens (básico para o clínico) e a necessidade de oportunizar o aprendizado em ambientes de concentração de quadros nosológicos (modelo hospitalocêntrico)", como apontam Ceccim e Capozzolo (2004, p. 347).

A partir do paradigma flexneriano, o hospital constituiu-se como lócus prioritário do ensino em saúde e foi construída toda uma racionalidade científico-sanitária que valoriza a especialização corporativista, o modelo mecanicista de saúde e a mensuração biologicista de parâmetros e indicadores de saúde a partir de modelos matemáticos, o que tem acarretado fragmentação dos saberes e das práticas relativas ao "andar a vida"[3] (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 347). Esse ideário científico "tirou a saúde do campo afetivo para situá-la no campo normativo", ganhando he-

2 Relatório apresentado por Abraham Flexner, em 1910, como resultado de extensa pesquisa realizada nos Estados Unidos e no Canadá, seguido de novo estudo em 1927, comparando Estados Unidos e Europa. À época, a educação médica era realizada em cursos com pouca base metodológico-científica e com duração de até um ano. Seguindo as designações dos relatórios para a educação médica, o curso passou a ser de quatro anos, com aprendizagem em laboratório e na prática hospitalar, especialização profissional, orientação da pesquisa para a área biológica e controle do exercício profissional por meio de órgão corporativo, além de criar critérios para o acesso de candidatos e nova caracterização das escolas (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

3 "Andar a vida" – Mattos (2004, p. 1415) usa a expressão de Canguilhem para expressar que "os sujeitos têm modos de andar a vida, que se modificam pela ocorrência de uma doença. É claro que os modos de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida".

gemonia a utilização de alta tecnologia para diagnóstico, a atenção centrada em procedimentos e a medicalização da saúde (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 348). Esta crítica não significa que os avanços tecnológicos devam ser descartados, mas ressalta-se que esses avanços não ocorreram na mesma proporção no que se refere aos aspectos relacionais e ao direito à saúde, conforme está veiculado no artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Inúmeras reformas educacionais foram realizadas, no país, com o intuito de mudar a formação de profissionais de saúde, como: o ensino da Medicina Preventiva, na década de 60; o ensino extramuros junto à população por meio dos serviços de saúde comunitária, na década de 70; as propostas de integração docente-assistencial para a integração ensino-serviço, na década de 80; e os projetos multiprofissionais e interdisciplinares de integração ensino-serviço-população, na década de 90 (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 349-352). As mudanças propostas por estas reformas, entretanto, não conseguiram ganhar hegemonia no ensino e nas práticas de saúde. Inclusive a integralidade e a humanização da atenção, bandeiras de luta do Movimento pela Reforma Sanitária, ainda enfrentam muitos obstáculos para serem lembradas e ganharem espaço nos modelos de ensino e atenção, de forma que, com elas, se possa evitar/diminuir a captura das práticas pela lógica dominante do "modelo de biomedicalização" (CECCIM, 2008)[4].

Campos (2008) aponta que a integralidade é dificultada quando não há garantias de referência para outros serviços, a partir da atenção básica, e quando o acesso a esse nível de atenção resume-se a pronto atendimento, indicando que a integralidade da atenção depende da articulação da rede de serviços.

Em oposição ao "modelo de biomedicalização" (CECCIM, 2008), uma rede discursiva busca estabelecer-se, discutindo a formação de profissionais de saúde, na contemporaneidade, atrelada às necessidades do SUS e aos seus princípios e diretrizes, que incluem universalidade da atenção, atenção integral e participação popular. Dentre tais princípios, ênfase tem sido dada ao da integralidade, sendo que o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) vem dedicando inúmeros capítulos de livros, artigos de revistas e seminários à abordagem desse tema, desde 2001 (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 382). Outras associações fazem parte desta rede discursiva, entre elas a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Ensino de Odontologia (Abeno), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Rede Unida. Vários documentos produzidos por técnicos e gestores do MS também assumem a integralidade e a humanização da atenção como eixos estruturantes das políticas de educação e saúde (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c).

A inserção de alunos dos cursos de graduação da área da saúde nos cenários de atenção primária à saúde e demais serviços da rede de saúde por meio de estágios curriculares tem corroborado para que experiências desta interação sejam possíveis e intensas desde a graduação (TOASSI et al., 2013).

4 Biomedicalização – Ceccim (2008, p. 13) propõe chamarmos de "modelo de biomedicalização" em vez de biomedicina (ou no caso de biomédico), por considerar esse termo mais adequado, "livrando de preconceito a profissão Medicina e de confusão a profissão Biomedicina". Com base nisso, substituo a escrita de "modelo biomédico", comumente usada, por "modelo de biomedicalização".

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO EM SAÚDE: COMO ESTA TRÍADE SE ENTRELAÇA?

O conceito ou termo integralidade, como preferem alguns autores e algumas autoras, é polissêmico e utilizado em diferentes contextos, mas em geral refere-se às práticas de atenção, à gestão dos serviços e às políticas públicas de saúde. Neste sentido, "a integralidade se destina a conjugar ações para a materialização da saúde como direito e como serviço". Assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política, para Pinheiro, Ferla e Silva Júnior (2004, p. 209), significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos implicados reciprocamente: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre as esferas de gestão do SUS e nas relações com a sociedade.

Algumas dimensões atravessam o entendimento da integralidade da atenção à saúde, entre as quais estão: a organização dos serviços de forma a garantir acesso ao sistema para cada situação com resolubilidade; o conhecimento e as práticas de trabalhadores de saúde; e a formulação de políticas governamentais com participação da população capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276).

Das dimensões citadas, "o conhecimento e as práticas de trabalhadores de saúde", enquanto "dispositivo político de crítica aos saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos, nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde", é aquela que se correlaciona com a discussão da formação de profissionais de saúde (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276). A integralidade, nessa dimensão, é entendida como um "processo de construção social, que tem na ideia de inovação institucional um grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar outros padrões de institucionalidades", desde que ocorra horizontalidade nas relações entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde na produção de conhecimentos e práticas a partir do cotidiano do cuidado em saúde (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 269).

A prática de biomedicalização encontrada nos serviços de saúde possui múltiplas determinações, mas sem dúvida o compromisso das instituições formadoras tem papel fundamental na formulação de mudanças nessas práticas. "Desenvolver dispositivos organizacionais e institucionais que contribuam para a educação do olhar e da escuta de trabalhadores" – e para construir novas relações com os usuários, entre profissionais e com o trabalho – é fundamental para qualificação das práticas de saúde (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 381). Uma das estratégias adotadas com esta finalidade é a da educação permanente em saúde (EPS), entendida como:

> Processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais. (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 381).

Na perspectiva da formação de profissionais de saúde, o conceito de integralidade da atenção à saúde articula-se com o de EPS, visto que ambos assumem como fundamental possibilitar espaços de discussão, análise e reflexão no cotidiano do trabalho das equipes, propondo o repensar contínuo das práticas e o incentivo de produção de conhecimentos nos serviços. O termo educação permanente é usado em outras áreas do conhecimento para referir a necessidade de aprender ao longo da vida, baseado nas prerrogativas de que:

> O conhecimento que adquirem é eminentemente descartável, bom apenas até segunda ordem e só temporariamente útil, e que a garantia do sucesso é não descuidar do momento em que o conhecimento adquirido não tem mais utilidade e precisa ser jogado fora, esquecido e substituído. (BAUMAN, 2007, p. 154).

Apesar do pessimismo com que Bauman se refere a essa questão, a contribuição que nos traz segue outro caminho, afirmando que "precisamos da educação ao longo da vida para termos escolhas. Mas precisamos dela ainda mais para preservar as condições que tornam essa escolha possível e a colocam ao nosso alcance". A justificativa usada pelo autor para esta afirmativa "não se refere a adaptar as habilidades humanas ao ritmo acelerado da mudança mundial", como tem sido salientado. Mas há outra razão, menos discutida, embora mais poderosa, que justifica a educação permanente e se move em defesa da democracia, que implica "tornar este mundo em rápida mudança mais hospitaleiro para a humanidade" (BAUMAN, 2007, p. 164-167).

A presença contínua de residentes e alunos de graduação, no âmbito dos serviços, pode provocar nas equipes outro modo de operar, trazendo questionamentos, propondo inovações, desacomodando o instituído. Dessa maneira, a EPS aproxima-se do que Bauman (2007) acena como a possibilidade de termos e fazermos escolhas, ampliando o escopo de direitos de cada cidadão, evitando que a ignorância política se perpetue, colocando em risco a democracia.

Os baixos impactos e os altos custos nas capacitações em saúde fizeram com que a proposta de EPS fosse incorporada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), na década de 90. A adoção desta proposta metodológica estava centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições comprometidas com a qualidade do cuidado (RIBEIRO, 2004).

O conceito de EPS foi incorporado como política no país pelo Ministério da Saúde, em 2003, por meio de resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2003). Em publicação elaborada por técnicos e gestores desse ministério, a educação permanente é colocada como "estratégia de transformação das práticas de formação, da atenção, da gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde" (BRASIL, 2005a, p. 11). A potencialidade da EPS na transformação das práticas decorre da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa, isso é, quando aprender faz sentido para nós, porque responde aos problemas enfrentados

no cotidiano das pessoas e das organizações e leva em conta "os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm". Em 2007, algumas mudanças foram adotadas pelo MS por meio da Portaria GM/MS nº 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de EPS, criando as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) e os Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGR/COGERE) e definindo suas atribuições (BRASIL, 2007b). As diretrizes e estratégias definidas nesta Portaria buscavam adequar esta política às diretrizes e ao regulamento do Pacto pela Saúde, iniciativa que lhes dá criação e sustentação (BRASIL, 2006).

O hiato entre a formação e o trabalho em saúde deve-se ao fato de que aproximações da formação profissional com as políticas de saúde somente fizeram-se presentes nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde a partir da incorporação das diretrizes curriculares entre 2001 e 2004. Nas diretrizes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia, por exemplo, são explicitadas a centralidade do SUS e a importância dos egressos estarem aptos a trabalhar em equipe e atuar na direção de garantir a integralidade da atenção (ROSSONI; LAMPERT, 2003), mas isso não está presente, no entanto, nas diretrizes de todos os cursos da área da saúde.

A presença desses aspectos nas diretrizes curriculares, ainda assim, não garante mudanças, requerendo, por parte do MS e do MEC, a implementação de incentivos para que estas mudanças ocorram na graduação por meio do PET-Saúde e do Pró-Saúde. O PET-Saúde tem fomentado grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008). O Pró-Saúde destinava-se, inicialmente, em 2005, aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da ESF (BRASIL, 2005b). A partir de 2007 foi estendido para os demais cursos da área da saúde, a fim de criar modelos de reorientação da formação profissional em saúde (BRASIL, 2007c). Em 2011, com o Pró-saúde III, é fortalecido seu componente de integração, o que desafia os cursos a proporem projetos interdisciplinares.

O incentivo à incorporação desses aspectos também tem afetado os cursos de pós-graduação. A regulamentação nacional das residências multiprofissionais em saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS (BRASIL, 2007a), incluiu as definições pautadas durante todo o movimento histórico-social de legitimação e construção desta modalidade de formação nos eixos norteadores descritos no artigo 2º. Entre estas definições, destacavam-se a formação em equipe e a integralidade, conforme itens VII e XII, transcritos a seguir:

> VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão em saúde;
>
> XII - integralidade que contemple todos os níveis de Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Esse movimento na formação em saúde, buscando aproximação com o SUS e com os serviços, traz no seu bojo tanto o reconhecimento dos aspectos relacionais entre profissional-usuário quanto entre profissionais. Com base nesta premissa, trazemos a seguir algumas reflexões sobre a necessidade da articulação da formação com a experiência do trabalho em equipe multiprofissional para que a mesma possa potencializar a integralidade do cuidado em saúde.

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO, O TRABALHO EM EQUIPE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

Como ponto de partida para pensar a articulação entre integralidade, trabalho em equipe e formação em saúde, também entram em cena os conceitos de saúde que circularam/circulam, disputam espaço e modulam os processos de formação e atenção à saúde. O conceito de saúde tem se modificado de acordo com o contexto histórico e cultural e sob a influência de outros campos de ação da vida humana. Em documento do MS (BRASIL, 2005a, p. 16), é colocado que saúde durante muito tempo foi entendida como ausência de doenças físicas e mentais. Na década de 1940, a Organização Mundial da Saúde passou a definir saúde como "completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença". Se estas definições tiveram sua importância histórica construída culturalmente, atualmente, saúde é vista de uma forma mais ampla, como "qualidade de vida". Tal qualidade não depende apenas das questões biológicas, mas também do estilo de vida que levamos e das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos, no passado e no presente, e nas quais pensamos em nosso futuro. Nesta perspectiva, para ter saúde é preciso ter acesso às ações e aos serviços de cuidado, tratamento e recuperação.

Dentre os conceitos de saúde, o mais próximo ao referencial teórico usado neste texto é o trabalhado por Akerman e outros (2006), que dá ênfase:

> Ao caráter de bem público da saúde, produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam por introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública, o que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sociopolíticos e condições materiais específicas. Dessa forma, a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam recursos que podem ou não ser distribuídos de forma equitativa para a reprodução da vida. (AKERMAN et al., 2006, p. 129).

Os serviços de saúde e os modos de organização da atenção fazem parte desse jogo, e suas respostas às necessidades de saúde da população resultam dos interesses de diversos atores (produtores de serviço, Estado, trabalhadores e população). Assim, a concepção de saúde e a composição de sistemas e organização de serviços hegemônicos em determinado contexto são determinadas pelo jogo de interesses e pela correlação de forças em determinada sociedade (AKERMAN et al., 2006).

Segundo Ayres (2005), há movimentos que buscam ampliar concepções e abordagens do processo saúde-doença – como a

humanização e a integralidade – e construir outro horizonte normativo constituído pelo cuidado em saúde e pela prioridade de interesses/necessidades de saúde de usuários dos serviços. Os valores compartilhados na cultura institucional e a racionalidade presente no projeto institucional têm papel importante na configuração da dinâmica do serviço, no modo como as equipes se articulam para o trabalho em saúde.

O conceito de cuidado, nessa dimensão, deve ser pactuado como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para o respeito às diferenças e ao acolhimento, e atendimento do ser humano em seu sofrimento, muitas vezes fruto de sua fragilidade social. É resultado positivo de interações entre usuários, profissionais e instituições que "são traduzidas em atitudes, tais como tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo" (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276). Portanto, a integralidade do cuidado tem conotação plural e é resultado do "embate de muitas vozes sociais que, quando eficazes, podem produzir efeitos de polifonia – ou seja, quando essas vozes se deixam escutar" (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276). Estudos mostram que "as práticas de integralidade são tão variáveis quanto as realidades dos locais onde se realizam os serviços" e "se transformam incessantemente" (BONALDI et al., 2007, p. 53). Essas práticas emergem a partir de movimentos de luta de usuários, trabalhadores e gestores e sofrem influência das limitações de financiamento, do que é planejado e programado em cada esfera de governo, das realidades dos serviços oferecidos à população. Portanto a integralidade se expressa em práticas produzidas por relações entre diversos atores nos diferentes serviços. Nesse sentido, Bonaldi et al. (2007) reiteram e ampliam o que foi dito, anteriormente, por Akerman e outros (2006):

> O que se entende por saúde, o que se deseja em relação a ela, as necessidades de saúde, o que se espera dos serviços e a concepção de integralidade, tudo é construído nessas negociações constantes. Para entender a demanda em saúde e a produção de práticas de integralidade, é fundamental entender como as relações são travadas nos diversos serviços. (BONALDI et al., 2007, p. 54).

Mudar os rumos da organização do processo de trabalho e tornar o cuidado em saúde possível, por exemplo, significa estar com outro, trabalhar com outros. A integralidade, assim, está atrelada à condição do trabalhar, à integração no processo de trabalho para tornar o cuidado possível. Barros e Barros (2007, p. 76) contribuem com esta reflexão:

> É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhes ser úteis para lidar com o que é imprevisto [...].

Nas situações de trabalho, além das tarefas prescritas, o trabalhador depara-se também com a falha, com os impasses, com as interrogações e com aquilo que não estava previsto, o que lhe exige criação. Isso não é diferente nas condições de trabalho em saúde, em que a variabilida-

de de situações ultrapassa formas dadas e exige sua gestão e a criação de outros modos de operar com as múltiplas realidades que se desenham no cotidiano dos serviços. Como colocam Barros e Barros (2007), o singular e o coletivo entrelaçam-se na perspectiva do fazer em saúde, pois a experiência do trabalhar é mobilizada pelo que o trabalhador "experimenta como dele e não dele ao mesmo tempo", que é inseparável e indissociável de pensar, decidir, combinar, fazer e avaliar. Para essas autoras, ainda há uma inseparabilidade entre o trabalho em situação e os processos de formação em situação de trabalho, pois ambos constituem-se em um "fazer com o outro, ao lado do outro" (BARROS; BARROS, 2007, p. 77).

Entendendo que a "formação em situação de trabalho" é um processo situado e contingenciado por condições e meios do processo de trabalho e do modo como o trabalhador vive esse trabalho, concordamos com Barros e Barros (2007) que uma proposta de formação deve levar em conta as especificidades de saberes e configurações locais. Isso não significa desprezar as prescrições, mas entendê-las como parte da "história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção" (BARROS; BARROS, 2007, p. 78). Sendo assim, um processo de "formação em situação de trabalho", como é o caso dos estágios curriculares da graduação e dos programas de residência, não deve se limitar à execução atemporal de atividades. Esse processo produz-se e transforma-se no engendramento das relações com outros nas situações de trabalho (gestores, trabalhadores, usuários). "A formação em situação de trabalho, tal como o trabalho situado, nos convoca a habitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam" (BARROS; BARROS, 2007, p. 79).

Ao discutir a relação entre formação e integralidade, Heckert e Neves (2007) salientam que os modos de fazer a atenção e a gestão nos serviços de saúde devem ser contemplados na construção de processos de formação que busquem a concretização do SUS e de seu princípio da integralidade. Ressaltam que está implicada nisso a construção de redes que potencializem processos de mudança e que problematizem os modos de cuidar e gerir instituídos.

O trabalho em saúde, organizado de maneira fragmentada, verticalizada e conduzido sob a hegemonia do saber biomédico, tem tido impacto sobre o agir em equipe de saúde e sobre o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado. Esses aspectos podem modelar a forma como as equipes de saúde se organizam e fizeram com que, a partir de seu trabalho de tese, Peduzzi (1998) cunhasse uma tipologia que se referisse a duas modalidades de trabalho em equipe: a "equipe integração", em que os profissionais buscam a articulação das ações e a interação dos agentes, intimamente ligada à proposta da integralidade; e a "equipe agrupamento", que se caracteriza pela fragmentação de fazeres, pela justaposição das ações e pelo agrupamento dos agentes. Por ora, frente às mudanças e aos tensionamentos que atravessam a constituição das equipes de saúde, em tempos de provisoriedade e incerteza (BAUMAN, 1998), é possível pensar em modelos híbridos de constituição dessas equipes, marcados por ritmos, limites e individualidades presentes em cada lugar e pelos acontecimentos que afetam as pessoas nas relações de trabalho.

Os processos formativos na área da saúde, tanto graduação como pós-graduação, incluem em suas competências a preparação para o trabalho em equipe. Na perspectiva de que o objetivo primeiro do trabalho em saúde é o cuidado, Barros e Pinheiro (2007, p. 117-119) discutem o significado de competência em que incluem a responsabilização, o desenvolvimento de uma inteligência prática capaz de encontrar soluções para o inusitado e a capacidade de mobilizar uma rede de atores para as mesmas situações de trabalho como elementos importantes dos processos formativos. As autoras apontam que a lógica da competência:

> Ao enfatizar a necessidade de uma comunicação intensa, que dê conta do controle do aleatório, confere à ação pessoal de cada profissional um caráter interdependente das atividades profissionais, combatendo "especialismos". Isso porque não toma as potencialidades *a priori*, mas admite, também, a aprendizagem da competência, por meio da cooperação no trabalho e dos procedimentos de entendimento recíproco. (BARROS; PINHEIRO, 2007, p. 119).

O reconhecimento da relevância do trabalho em equipe, no âmbito da competência para o cuidado, como uma dimensão da integralidade, convida os trabalhadores de saúde "não somente para dar respostas aos problemas de saúde da população, mas para se disponibilizarem ao diálogo com outros profissionais da equipe e com os usuários dos serviços" (BARROS; PINHEIRO, 2007, p. 126). A inclusão da competência para o trabalho em equipe nos processos formativos explica-se não só por motivar o compromisso com o processo de trabalho, mas também com as vidas humanas.

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

A proposta de discutir os conceitos de integralidade, educação permanente e trabalho em equipe no contexto da formação em serviços do SUS atrelado ao conceito ampliado de saúde possibilita refletir de que a formação deva contemplar não somente a atenção à saúde, preferentemente conformada em rede e em linhas de cuidado, como também a gestão e o controle social. A participação transversal dos atores (profissionais, gestores e usuários) nas instâncias de controle social é coerente com o proposto na Constituição no que se refere ao direito à saúde e um dos aprendizados que precisa ser cultivado durante a formação em saúde para que esse direito não seja esquecido.

Ainda, com o olhar voltado para o conceito ampliado de saúde, destaca-se a importância da formação de profissionais ser estendida para além das redes de saúde, proporcionando a intercessão com as redes intersetoriais de "afirmação da vida". Enquanto cidadãos de um mundo globalizado, mas, apesar disso, constituído por diversas desigualdades sociais, a solidariedade somente poderá ser visibilizada quando o contato com o sofrimento humano virar ação e inclusão. Nesse sentido, percursos formativos com experiências de integração ensino-serviço-comunidade possibilitam que a discussão dos conceitos de integralidade, educação permanente e trabalho em equipe na formação não percam seu principal sentido e mantenham seu valor que é o cuidado do usuário.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 123-147.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, jul./set. 2005.

BARROS, M. E. B. de; BARROS, R. B. de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 75-84.

BARROS, F. da S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 111-128.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Tradução de: Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2007.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades Brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287/98, de 8 de outubro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 9 out. 1998. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 23 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS:** O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>. Acesso em: 3 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 22 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional realizadas em serviço**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/AprenderSUS_final.doc>. Acesso em 10 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 25 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM/MS n. 1.996/2007, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de Educação Permanente em Saúde **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 21 ago. 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003. Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2007c. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_31/portaria_interministerial_3019.pdf>. Acesso em: 23 maio 2008.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.802, de 27 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/.../port_interministerial_1802_26_ago_2008.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1077, 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?>. Acesso em: 10 jul. 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 35-44.

CAMPOS, G. W. de S. Debate sobre o artigo de Conill. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s17-s19, 2008. Suplemento 1.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

COSTA, C. de L. As teorias feministas nas Américas e a política transnacional da tradução. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 43-48, 2000.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 145-177.

MATTOS, R. A. de. Integralidade na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 269-284.

RIBEIRO, E. C. de O. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 285-303.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-111, jan./jun. 2004.

SIMONI, A. C. R. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais:** sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. 2007. 227 f. Dissertação (Mestrado em Educação)– Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian National Health System (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 385-392, 2013.