

Trabalho, Educação e Promoção da Saúde

Labor, Education and Health Promotion

Trabajo, Educación y Promoción de la Salud

Crispim Cerutti Junior¹

RESUMO

A necessidade de formar profissionais de saúde que contribuam para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) leva à constatação de que tal formação deve ser baseada no trabalho, de forma interdisciplinar e com foco na promoção da saúde. Nesse contexto, devem ser resgatados os princípios da Estratégia de Saúde da Família e os conceitos propostos por Paulo Freire. Relata-se, nesse sentido, a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Palavras-chave: Trabalho, Educação, Promoção da Saúde, Integralidade em Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

The need to train health professionals who contribute to the construction of the Unified Health System (SUS) leads to the conclusion that such training should be based on the work in an interdisciplinary manner with a focus on health promotion. In this context, the principles must be redeemed from the Family Health Strategy and the concepts proposed by Paulo Freire. It is reported, in this sense, the experience of the Federal University of Espírito Santo (UFES) under the Program of Education by Labor from the Ministries of Health and Education

Keywords: Work, Education, Health Promotion, Community Integration, Public Health.

RESUMEM

La necesidad de formar a los profesionales de salud que contribuyen a la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) lleva a la conclusión de que dicha formación debe basarse en el trabajo de una manera interdisciplinaria con un enfoque en la promoción de la salud. En este contexto, los principios deben ser redimidos de la Estrategia Salud de la Familia y los conceptos propuestos por Paulo Freire. Se ha informado, en este sentido, la experiencia de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES) bajo el Programa de Educación Laboral en los Ministerios de Salud y Educación.

Palabras clave: Trabajo, Educación, Promoción de la Salud, Integralidad en Salud, Salud Pública.

¹ Doutor em Medicina e Professor Adjunto da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: fil.cris@terra.com.br

Muito tem sido dito, ultimamente, sobre a necessidade de formar profissionais de saúde que contribuam para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que atuem de forma integrada ao contexto social. A busca deste objetivo resgata os princípios da Carta de Ottawa (OTTAWA, 2014), ressaltando a importância da promoção da saúde como processo de formação dos profissionais em aprendizado e como garantia de sustentabilidade das ações de saúde realizadas no âmbito da Atenção Básica. Assim, o ponto focal dos novos paradigmas de formação profissional em saúde incide sobre a promoção da saúde e traz consigo necessidades relacionadas à formação interdisciplinar e ao aprendizado pelo trabalho, introduzindo aqui a proposta de abordagem em consonância com a metodologia de Paulo Freire (FREIRE, 1999).

A discussão sobre a necessidade de um novo profissional de saúde nasce da reflexão de que a saúde é um processo holístico, envolvendo o indivíduo nos seus aspectos biológicos, psicológicos, intelectuais e sociais. Mais além, a plena saúde do indivíduo está também relacionada à saúde da coletividade em que está inserido, uma vez que não há como falar em vida saudável se o meio é insalubre. A promoção da saúde, por sua vez, pressupõe o estímulo aos indivíduos para que assumam o protagonismo na construção de suas condições de saúde adequadas. Não é possível atingir estes objetivos com um conhecimento fragmentado em disciplinas com *práxis* desconexas e centradas em um referencial teórico exclusivamente biomédico e tecnicista. As pessoas não são unidades biológicas estanques no vácuo. Sofrem influência das outras pessoas, fazem planos, têm frustrações, sentem prazer e dor moral. Todos esses aspectos influenciam sua condição de saúde, demandando uma abordagem que envolva a articulação de múltiplas competências agindo em uníssono (HEIDEMANN et al, 2014).

Há um viés na concepção original do que representa o trabalho na saúde, quando aprendizes de várias das chamadas “disciplinas” são alertados a manterem certa “distância emocional” dos indivíduos que recebem seus cuidados. Tal concepção equivocada pressupõe a instituição de uma hierarquia entre o profissional e o membro da comunidade, ou seja, uma dicotomia

estabelecida na forma de agente e paciente, sujeito e objeto, orientador e orientado. A consequência é uma relação impessoal, autoritária e que gera atitudes fragmentadas, com resultados incipientes e transitórios. A adesão a práticas que favoreçam uma vida saudável, como dieta nutritiva, cessação do tabagismo, interrupção da ingestão alcoólica e atividade física, terá tanto mais chance de ser efetiva quanto maior for a proximidade entre o profissional e seu interlocutor. A proximidade gera afeto e confiança, o que resulta em mudanças efetivas. A necessidade de uma conexão afetiva mais forte no âmbito dos cuidados em saúde foi ressaltada pela Professora Katharine Treadway, da disciplina “Patient-Doctor 2”, do curso de medicina da Harvard University, em editorial para o *The New England Journal of Medicine* (2005). A Dra. Treadway relata suas tentativas de inserir nos estudantes, imersos em um sistema educacional profundamente biológico e técnico, noções sobre a importância do envolvimento humano, lembrando-lhes que a medicina não é só um empreendimento intelectual, mas também um desenvolvimento emocional. Ao mesmo tempo em que se aprende sobre doenças, diagnóstico e tratamentos, também se amadurece uma visão sobre o processo de adoecimento, a natureza humana e o autoconhecimento. O exercício profissional em saúde deve ser um processo dialético em que as contradições dos atores são postas no contexto para que o resultado da relação entre eles seja a mudança nas características de ambos. A conclusão é de que, ao contrário do preconizado, a “distância emocional” deve ser evitada e combatida. A Dra. Treadway arremata: “na medicina, a pessoa que você é se torna tão importante quanto aquilo que você sabe”.

A mesma relação desigual é alimentada entre o professor e o estudante. O primeiro é chamado de mestre e detentor do conhecimento. O segundo é o aluno, literalmente o “desprovido de luz”. Aqui também se faz necessário o estabelecimento de novos paradigmas que resgatem uma relação dialética e instituem um processo de crescimento mútuo. Um terceiro elemento é o papel pedagógico do processo de trabalho, possibilitando a construção do aprendizado e a oportunidade de “aprender a aprender”. Os três atores constituiriam, então, os elementos de um

processo horizontal de modificação da realidade, em que o membro da comunidade aprenderia a promover sua própria saúde, o estudante a atuar como profissional e o professor, talvez o mais beneficiado, acumularia conhecimentos sobre sua própria humanidade e aperfeiçoaria sua *práxis*. Novamente, há uma confluência para a concepção de Paulo Freire sobre a construção do conhecimento (FREIRE, 1999).

Grande parte dessas mudanças de paradigmas está na própria concepção da Estratégia de Saúde da Família. A ideia seria organizar uma abordagem em que o profissional não seria responsável por indivíduos descontextualizados, isolados no vácuo, mas por coletivos, representados pelas unidades familiares, mas interligados no âmbito das relações sociais que caracterizam o Território de Saúde, ou seja, o próprio tecido da realidade em que as pessoas operam seus construtos, criam seus sonhos e depositam suas esperanças. O objeto da atenção também deixaria de ser a doença e passaria a ser a promoção da saúde (BRASIL, 2012). Um projeto assim ambicioso teria que ser sustentado por uma dinâmica interdisciplinar suficientemente articulada e harmoniosa. Na prática, o avanço foi limitado. Se a intenção era converter uma atuação centrada no procedimento, no médico e no doente em uma centrada na promoção, na equipe e na pessoa, o que se conseguiu foi pequenas atenuações no cenário original. Recentemente, movimentos reacionários de cunho populista reduziram de forma perigosa os ganhos obtidos ao longo do tempo, trazendo de volta a supremacia da figura do médico, o “produtivismo” baseado no procedimento e a fragmentação do cuidado centrado na doença.

O resgate das conquistas obtidas pela Estratégia de Saúde da Família necessita da concretização de uma prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade não é apenas a reunião de múltiplas categorias profissionais em uma mesma linha de cuidados. Pressupõe a penetração de um campo do conhecimento em outro, complementando a construção do processo de saúde de uma forma organizada e unificada, como uma sintonia promovida por diversos instrumentos musicais. O clímax desse processo seria o nascimento de uma nova *práxis*, concebida pela soma de todas as formas de agir, mas, em sua

natureza, distinta de todas elas: um processo denominado *transdisciplinaridade*. Mais além, a sustentabilidade dessa nova ordem teria que ser alimentada por um novo tipo de profissional, educado dentro dos paradigmas da Estratégia e, portanto, dentro do processo de trabalho (COTTA ET AL, 2007; AMÂNCIO, 2004; VILELA, 2003; LUZ, 2009; ALVES ET AL, 2004; ALMEIDA, 2005; VIEIRA, 2014). A busca por esse processo de ensino-aprendizagem passou a ser denominada “integração ensino-serviço”.

Na segunda metade da primeira década do século XXI, os Ministérios da Saúde e da Educação se uniram para fomentar experiências de educação pelo trabalho, as quais foram denominadas PET (Programas de Educação pelo Trabalho). Os Programas têm sido organizados em Editais específicos, com duração de dois anos, atendidos por Instituições de Ensino aliadas às Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde. Os grupos PET são compostos por um tutor (docente da Instituição de Ensino) que supervisiona seis preceptores (profissionais da rede pública de saúde) que, por sua vez, acolhem dois estudantes cada um (PET, 2008).

Em 2012, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) atendeu ao Edital conjunto nº. 24 (BRASIL, 2011) dos Ministérios da Saúde e da Educação e, no intuito de estimular a interdisciplinaridade, inseriu nove cursos da área da saúde na rede pública de assistência: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia. A novidade foi a mistura completa de todos os atores. Nenhum profissional ficava responsável por estudantes de sua própria área, mas deveria supervisionar o trabalho daqueles de áreas diversas. Assim, um médico poderia, por exemplo, supervisionar um estudante de psicologia e outro de nutrição, mas nunca um de medicina. O objeto de trabalho era a educação e promoção da saúde no âmbito dos agravos não transmissíveis, particularmente da diabetes mellitus.

A grande dificuldade encontrada foi o despreparo da rede para receber tal proposta de trabalho. As “disciplinas” da área da saúde, apesar de organizadas em equipes, tinham uma atuação fragmentada e não sabiam bem como lidar umas com as outras. Entretanto, após dois

anos de execução do projeto, a análise dos resultados mostra padrões bastante interessantes. As diversas profissões aproximaram-se mais na execução das linhas de cuidado movidas pela necessidade de lidar com estudantes de áreas diversas. Com a necessidade de trabalhar em conjunto, os estudantes dos diversos cursos dialogaram, trocaram experiências e organizaram abordagens compartilhadas. Por exemplo, em uma estratégia de uso de crachás de identificação com rótulos definindo padrões de identidade (avó, cozinheiro, animador, conselheiro, etc...), levaram os grupos da comunidade a refletir sobre a sua situação de saúde, a pensar estratégias de melhoria dos seus padrões e a discutir aspectos mais específicos, como nutrição, saúde bucal e atividade física, tudo em um mesmo cenário de proposição e reflexão. Nos estágios mais avançados, os estudantes começaram a inovar suas formas de abordagem, criando padrões originais baseados em suas percepções das características da comunidade. Para o grupo de tutores da Universidade que concebeu a estratégia, esse patamar foi surpreendente porque foi atingido em um tempo muito curto. O que

testemunhávamos era o esboço de um profissional que transcendia o arquétipo de sua formação e se recriava de acordo com a realidade, tendo como substrato um conhecimento construído pelo processo de trabalho. Vislumbramos a tão desejada transdisciplinaridade.

Acrescente-se, ao que foi dito, a constatação dos gestores de que a presença dos estudantes permitiu aos pontos de atenção à saúde resgatar as atividades de educação e promoção que haviam sido atropeladas pelas demandas “produtivistas”.

O âmago da questão é que a pequena experiência da UFES demonstrou ser possível a construção de um novo processo de ensino-aprendizagem e o estabelecimento de uma prática interdisciplinar. O desafio para o futuro é fazer os frutos desta experiência repercutirem sobre as matrizes curriculares, consolidando as mudanças. Novos paradigmas estruturantes da promoção da saúde não são apenas um desejo, são uma necessidade. No processo, os dois pilares do desenvolvimento das nações, saúde e educação, conspiram para a formação de verdadeiros cidadãos.

Referências:

1. Carta de Ottawa. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf (acesso em 13/11/2014).
2. **Freire, Paulo. Educação como prática da liberdade.** 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
3. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método Paulo Freire. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(8): 3553-59.
4. Treadway K. Becoming a physician. Notes of the Class – First Day (Editorial). *N Eng J Med* 2005; 352(19): 1943-4.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
6. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(2): 278-86.
7. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(15): 375-80.
8. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(4): 525-31.
9. Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* 2009; 18(2): 304-11.
10. Alves RF, Brasileiro MC, Brito SM. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. *Episteme* 2004; 19: 139-48.
11. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc* 2005; 14(3): 30-50.
12. Vieira RCPA. Transdisciplinaridade e interdisciplinaridade na formação do farmacêutico: construção e desafios. IV Forum Nacional de Educação Farmacêutica – ABENFAR. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/BRA02C/transdisciplinaridade_5.pdf (acesso em 13/11/2014).
13. Portaria Interministerial Nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.
14. Brasil. Edital Nº. 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior. *Diário Oficial da União* 2011; 241: 268-72.

Recebido em: 11/11/2014

Aceito em: 12/11/2014