



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

CRISTIELLE MOREIRA

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: EDUCAR PARA TRANSFORMAR

UBERLÂNDIA

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

CRISTIELLE MOREIRA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: EDUCAR PARA TRANSFORMAR

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde, na área de concentração de Atenção a Saúde da Criança.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Izabel Silva

UBERLÂNDIA

2019

RESUMO

Trata-se de pesquisa originada de prática realizada com grupos, entre 23/10/2017 a 24/11/2017 e desenvolvida no Núcleo de Apoio a Saúde da Família 1 do município de Capinópolis, enquanto residente do programa de saúde da criança da UFU. O estudo teve por objetivo refletir sobre as contribuições dos grupos de educação em saúde para a promoção de saúde, bem como o processo de compartilhamento de experiências, que consistiu numa fase de campo exploratória, observação participante, análise de dados, acompanhamento da rotina de trabalho dos profissionais da unidade. O programa de residência Multiprofissional em Saúde da Criança propiciou oportunidade única em um cenário de ensino-aprendizagem. A partir de tal experiência, foram observadas possibilidades de transformação, limitações a serem superadas, sintetizadas neste artigo, a fim de serem apresentadas como uma contribuição para o recém instalado NASF. As atividades de educação em saúde foram ricas, gerando assim, um espaço de compartilhamento, troca de saberes positivas a relação ensino-prática, bem como, fortalecimento da promoção de saúde do município.

Palavras-chave: Saúde; Serviço Social; Educação.

ABSTRACT

This study took place between October 23, 2017 and November 24, 2017 at the Family Health Support Center, NASF 1 (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), in the municipality of Capinópolis during a Uberlândia Federal University children's health program residency. The objective was to reflect on educational health groups' contributions to the promotion of health, as well as the process of sharing experiences, which consisted of an exploratory field phase, participatory observation, data analysis and accompanying the work routines of employees. The Multiprofessional Children's Health program (Multiprofissional em Saúde da Criança) offered a unique opportunity in a teaching-learning scenario. Possibilities for transformation, as well as limitations that can be overcome, were observed during the experience and synthesized in this article in order to be presented as a contribution for the recently installed NASF 1. The educational health activities were rich and created a space for sharing, a positive exchange of knowledge in relation to teaching practices, as well as the strengthening of health promotion in the municipality.

Keywords: Health; Social Work; Education;

INTRODUÇÃO

Atualmente a atenção básica no Brasil se organiza de modo a buscar a integralidade no cuidado, através de ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação, segundo diretrizes estabelecidas pela política nacional de atenção básica.

Conforme o SUS preconiza, a atenção básica aponta para práticas democráticas, através do trabalho em equipe, buscando a observância das particularidades de cada território e população adscrita, com objetivo de estimular autonomia e capacidade dos usuários na construção do cuidado à sua saúde, bem como, estimular a participação popular nas decisões em saúde.

Este novo olhar para atenção básica impulsionou a criação da estratégia Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, em 2008. Regulamentado pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, o NASF foi pensado para prestar apoio, se integrando às equipes de Saúde da Família e de atenção básica para populações específicas, como Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc, além da Academia da Saúde.

Assim o presente artigo sintetiza as experiências e atividades desenvolvidas no recém-inaugurado NASF 1 do município de Capinópolis, no período de 23/10/2017 a 24/11/2017, enquanto residente inserida numa equipe composta por: uma assistente social, dois enfermeiros, um fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga, do programa de residência multiprofissional em saúde da UFU, área de especialização: atenção em saúde da criança.

No tocante a formação profissional, o programa de residência multiprofissional oferece a possibilidade de transitar pelos níveis de complexidade de atenção à saúde, e conseqüentemente, ampliar os horizontes de atuação. A experiência em Capinópolis contrasta com a atuação no HC-UFU, hospital focado na atenção especializada de média e alta complexidade.

O despertar para o tema surgiu através da percepção do papel fundamental da educação na atenção básica e seus efeitos para o fortalecimento e promoção de saúde.

A educação é parte da vida social, e como tal, campo de contradição e disputa ideológica de embate entre projetos educacionais e societários diferentes. Sua apropriação pela ideologia dominante lhe confere um caráter mercadológico e de reprodução do capital.

Ao refletir sobre a educação formal na nossa sociedade, Mészáros afirma que uma das principais funções desta é “[...]produzir tanta conformidade ou “consenso” quanto for capaz[...]”. (Mészáros, 2002: 45 APUD: CFESS, 2013 pg. 19).

Milton Santos ressalta o caráter de manutenção e reprodução que tal perspectiva confere a educação, ao afirmar que assim ela contribui para reproduzir e ampliar as desigualdades, “[...]sem extirpar as mazelas da ignorância. Educação apenas para a produção setorial, educação apenas profissional, educação apenas consumista, cria, afinal, gente deseducada para a vida”. (SANTOS, 2007:205)

Observamos o antagonismo entre diferentes estratégias educacionais, que nas palavras de Freire diferem-se em: *concepção bancária*, que serve a dominação e *concepção problematizadora*,

que busca a libertação. Segundo o autor, “[...]enquanto a concepção bancária dá ênfase a permanência, a concepção problematizadora reforça a mudança[...]”. (FREIRE, 2005, pg. 42)

Neste sentido, percebe-se que o viés estratégico pode ser ressignificado e transmutado, pois ao mesmo tempo em que se observa uma concepção resistente a mudança e ao novo, é neste campo também que se encontram possibilidades para superação da realidade através da concepção emancipadora e problematizadora.

Assim, não alheia a este debate, ressalto que a concepção que direciona o fazer profissional objeto deste artigo toma como base a concepção problematizadora, pois buscou-se um olhar crítico, “[...]deixando de perder-se nos esquemas estreitos das visões parciais da realidade, das visões ‘focalistas’ da realidade[...]”. (FREIRE, 2005, pg. 57), buscando partir da observação para aproximar-se da apreensão da totalidade.

Tal experiência proporcionou direcionar um novo olhar para a atenção básica, assim, concretizando compartilhamento de saberes e experiência. Neste sentido, observou-se a necessidade de apresentar tal vivência a fim de contribuir para pensar alternativas, limites e desafios encontrados, na busca pelo aprimoramento dos serviços ofertados.

COMPREENDENDO O CENÁRIO

As residências uniprofissional e multiprofissional, são regulamentadas pela Lei nº11.129 de 2005, que institui a Residência em Área Profissional e cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, numa parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

A Portaria Interministerial nº1077 de 12 de novembro de 2009 dispõe sobre a residência, instituindo o programa de bolsas e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Segundo essa portaria, residência é uma especialização lato senso na modalidade educação em serviço, que tem como um de seus eixos norteadores a busca pela “[...]integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários[...]”. (BRASIL, 2009)

Neste sentido, o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU) oferece 7 áreas de concentração para especialização, a saber: Atenção em saúde coletiva, Nutrição Clínica, Atenção ao Paciente em Estado Crítico, Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais, Atenção em Oncologia, Atenção em Saúde da Criança, Atenção em Saúde Mental.

A realidade da atuação enquanto residente multiprofissional é de uma ambiguidade desconcertante e envolve questões multifacetadas, pois ao mesmo tempo que se configura como oportunidade de formação profissional, reflete a perversidade do capital, através da exploração de mão-de-obra.

Há também o fato de que a relação estabelecida com os outros profissionais não é muito bem definida, a depender da conveniência do momento: ora o profissional residente é visto como

responsável pelo serviço, conforme necessidade do campo de atuação, ora é descaracterizado profissionalmente sem poder de decisão.

É possível observar esta realidade através do mapeamento feito em 2018 pela ABEPSS que traça uma perspectiva histórica da inserção do Serviço Social na residência. Tal mapeamento aponta que a inserção do Serviço Social neste meio se dá por volta da década de 1970, porém, é a partir dos anos 2000 que a expansão da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência apresenta maior impacto.

Este programa é apresentado como oportunidade de qualificação dos trabalhadores da saúde, mas traz intensos debates a respeito da relação formação e trabalho que se estabelece. O que ocorre é que ao mesmo tempo em que proporciona formação continuada, reflete o acirramento da mercantilização das políticas de saúde, aprofundada por medidas políticas na tentativa de desmonte do SUS. Nota-se uma abertura de campo como pano de fundo para a exploração da mão-de-obra do profissional residente, bem como a diminuição de investimentos no quadro de recursos humanos do SUS.

O mapeamento da ABEPSS apresenta resultado de pesquisa feita em âmbito nacional em hospitais que contam com o Serviço Social na residência. Os resultados apontam o que se denominou nós críticos:

“[...]falta de condições de trabalho e de profissionais para assumirem a preceptoria/tutoria dos Programas; projetos construídos para atender à demanda ministerial de instalação de Programas de Residência multiprofissionais, gerando tensões e divergências quanto aos propósitos da Residência; dificuldades de relação entre instituição formadora e serviço, com dificuldades na efetivação da carga teórica”. (ABEPSS, 2018:12)

Apesar de tratar-se de levantamento específico para o Serviço Social, o contexto é sentido no cenário nacional da criação da residência multiprofissional em saúde: profissional residente visto dentro das enfermarias como um número a mais na tentativa de cobrir escala, férias, plantões, falta de funcionários.

Dessa forma, a dimensão pedagógica é subjugada, sendo priorizada a prática mecanizada, a depender do perfil de preceptor, que por muitas vezes, apesar de participar do programa de residência, demonstra desconhecimento das legislações, regimento, funcionamento da COREMU.

E é em meio a esse cenário contraditório que há a possibilidade de adentrar ainda que minimamente na dinâmica da atenção básica.

Os programas de residência da UFU contam com a participação obrigatória de estágio no Município de Capinópolis. Cidade com renda mensal de pouco menos de 2 salários mínimos, e que segundo censo do IBGE, tem sua população de 2018 estimada em 16.109 pessoas.

O município possui 5 Unidades Básicas de Saúde, 5 equipes de saúde da família, 6 equipes de saúde bucal, uma academia de saúde e conta com profissionais do Núcleo de Apoio de Saúde

da Família (NASF), dentre eles uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga e um educador físico.

Nos termos da Portaria no 154, o Nasf 1 deve ser composto por no mínimo cinco profissionais, escolhidos pelo gestor municipal dentre as diversas profissões reconhecidos pelo Código Brasileiro de Ocupações - CBO, conforme portaria 2488/2011, a saber:

“Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.”. (BRASIL, 2011)

A proposta do NASF é de promover a ampliação da abrangência e ações de Atenção Primária, melhora da qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, por meio de atuação em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família.

A fim de nortear as ações de apoio a serem desenvolvidas pelos profissionais dos NASF, o Ministério da Saúde exemplifica que estas envolvem trabalho em equipe intra e intersetorial, atendimento individual, envolvimento com a população, e ainda:

“[...]discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc”. (BRASIL, 2011)

Assim, dentre as atividades realizadas, destaco os grupos de educação em saúde. Observa-se que o trabalho em grupos nos direciona para a perspectiva de que o ambiente coletivo facilita a construção de conhecimento, devido ao seu potencial para promover o diálogo, reflexão e troca entre os participantes.

A partir de tal experiência, foram observadas possibilidades de transformação, limitações a serem superadas, sintetizadas neste artigo, a fim de serem apresentadas como uma contribuição para o recém instalado NASF, e para o debate acerca deste tema. As atividades de educação em saúde foram ricas, gerando assim, um espaço de compartilhamento, troca de saberes positivas a esta relação ensino-prática, bem como, fortalecimento da promoção de saúde no município em questão.

MÉTODOS

A discussão apresentada gira em torno do debate sobre a atenção básica em saúde, especificamente apresenta resultado de vivência realizada no município de Capinópolis, no período de 23/10/2017 a 24/11/2017, com foco nas atividades de educação em saúde.

Artigo qualitativo, descritivo, com abordagem de análise de realidade dos sujeitos através da observação participante e registros em diário de campo.

Neste campo, ocorrem grupos tutoriais semanais, compostos por 4 tutores, 1 preceptora (servidora do município de Capinópolis) e residentes. Os tutores são professores da universidade de diversas áreas da saúde, responsáveis pela orientação dos grupos e estabelecimento de vínculos entre a universidade e o serviço de atenção básica.

O trabalho no NASF compreendeu: fase exploratória, pesquisa bibliográfica, documental, grupos de capacitação e acompanhamento da rotina de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As atividades foram avaliadas através da sistematização feita em diários de campo diariamente, discussões rotineiras, e tutoria semanalmente, todos devidamente registrados, e assim, proporcionam riqueza dos detalhes vividos. Compôs a avaliação, feedback dos usuários ao final de cada atividade, de forma oral, diálogo que permitiu nortear mudanças no trabalho realizado.

A metodologia expositiva foi desenvolvida por meio de palestras, rodas de conversa, dinâmicas, participação ativa, recursos audiovisuais, materiais informativos.

Durante o processo de estágio, propusemos intervenções nas unidades para superar os problemas encontrados, como capacitação e assessoria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se dizer que vivenciamos parte do movimento de superação do modelo assistencial biomédico hospitalocêntrico em direção ao modelo de saúde biopsicossocial, com foco na promoção de saúde.

A realização das atividades em Capinópolis somou 25 dias trabalhados, totalizando 300 horas divididas entre momentos de estudo e preparo, apresentações, discussão, tutoria e atendimentos.

A quantidade de horas dispensada para estudo dentro da residência em geral é objeto de disputa, conflitos e discussões. Acredito que existe uma relação com a dificuldade de superação do modelo tecnicista que ainda impera na saúde.

Por isso, o projeto pedagógico do programa de residência multiprofissional da UFU traz como objetivo geral a busca da superação do fazer mecanizado, apostando no desenvolvimento de uma “[...]visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual[...]” (COREMU, 2015).

Tal preocupação encontra amparo legal nas legislações vinculadas ao programa de residência, como a Lei 11.129/2005 (institui o Projovem), ao considerar a residência como um “[...]programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde[...]”. (BRASIL, 2005)

Há ainda a Lei de Diretrizes e bases da educação, que aponta para diretrizes e concepções pedagógicas, e a Lei 8080/90, que direciona no sentido de uma organização da assistência à saúde e a formação e a prática profissional em saúde, propondo a organização de um “[...]sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal[...]”. (BRASIL, 1990)

A vivência em Capinópolis iniciou-se com uma fase exploratória do campo de trabalho para conhecer a abrangência do NASF e participação na “passagem de bastão”- momento em que o grupo antecessor faz um balanço e apresenta as atividades desenvolvidas durante o estágio.

Já no primeiro dia de campo, nos aproximamos da Unidade Básica de Saúde, dos trabalhadores e dos usuários. O movimento inicial foi de observação da condução de um grupo de saúde mental em UBS, da dinâmica do serviço, das funções dos trabalhadores ali envolvidos e o fluxo dos usuários.

A análise desta vivência não se faz descolada da realidade em que estamos inseridos: o avanço neoliberal em nosso país que toma força a partir dos anos 1990 e assim, coloca em tensão na nossa sociedade o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária. Tal avanço reflete no âmbito das políticas públicas de maneira devastadora: “[...]mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo.” (CFESS, 2014 pg 20)

Assim o projeto de reforma sanitária, pensado e amadurecido na luta da sociedade brasileira desde a década de 1970, pela garantia de políticas e direitos sociais, que culminou na criação do SUS em 1990 (Lei n. 8080/90), sofre um grande golpe e desde então a prática e ideal neoliberal assumem uma postura de desmonte do SUS, com seu projeto privatista.

É neste contexto que o trabalho do assistente social vem sendo requisitado das mais diversas formas: fazer imediatista, fiscalizatório e assistencialista pelo projeto privatista. Por outro lado, o projeto da reforma sanitária, que se funde com o próprio projeto ético-político profissional do assistente social nos chama a trabalhar pelo viés democratizador no serviço de saúde, desenvolvendo um “[...]trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.” (CFESS, 2014 pg: 26)

Seguindo este direcionamento, o trabalho do assistente social neste espaço se traduz nos números a seguir, apenas devido a exigências de devolutiva, porém, números não refletem o impacto alcançado através das diversas intervenções feitas: 10 atendimentos demandaram articulação com a rede de serviços, 35 orientações individuais, confecção de 1 relatório, 2 visitas institucionais, 3 visitas domiciliares.

As atividades em grupo demandaram: 13 reuniões de planejamento, 4 reuniões de tutoria, 2 reuniões de preceptoria, 20 reuniões para preparação de material, 30 estudos preparatórios para as atividades.

As atividades foram realizadas nos 5 PSFs da cidade, academia da saúde, 3 escolas, sendo 1 de educação infantil e 2 de ensino fundamental e médio.

Na atividade de puericultura realizamos 30 atendimentos multiprofissionais; 1 capacitação para equipe de UBS.

Quanto ao programa Saúde na Escola, foram 13 atividades com os seguintes temas: Alimentação saudável; Dengue; Cultura de Paz; Tuberculose e Hanseníase; Infecções Sexualmente Transmitidas, Meio Ambiente: Lixo e Dengue, Álcool e Drogas, Bullying,

O foco de nossa atuação no NASF foi o desenvolvimento de grupos de Educação em Saúde. Foram no total 30 grupos, e apesar da especialização ser voltada para saúde da criança, as atividades abrangeram de todos os ciclos de vida, desde gestante até idoso, com os seguintes recortes: Saúde Mental, Tabagismo, Qualidade de Vida, Emagrecimento.

Neste espaço foi possível trabalhar temáticas com criticidade e estimulando a reflexão, o cuidado, perpassando as questões políticas, recursos, direitos e benefícios contidos nas legislações pertinentes.

Os grupos foram estruturados a luz do pensamento da educação problematizadora, conforme já explicitado. Grupos abertos a comunidade, de aprendizado e informativos, com duração de cerca de uma hora por semana.

Com essa atividade, foi possível perceber que a expressão nos grupos é verbal e emocional, pois através dos relatos há uma conexão mútua, um sentimento de pertença que impulsiona e estimula maior troca de experiências.

Assim, propicia o desenvolvimento do pensar estratégias de superação da situação vivida, aumento do grau de autonomia dos participantes, do autocuidado para melhora da qualidade de vida.

É importante ressaltar que tanto no âmbito profissional, quanto individual, “[...] *a autonomia não é dada, na verdade é construída em densas tensões no cotidiano[...]*” (BARROCO e TERRA, 2012 apud: CFESS, 2013 pg 30). Portanto, ao observar o efeito que orientações básicas causaram na vida dos participantes e o distanciamento sobre o domínio do próprio corpo, percebe-se que o cuidar do corpo, o autocuidado configura-se como um passo pequeno; o primeiro passo em direção a autonomia.

Dessa forma, observa-se que a educação permanente em saúde não representa apenas estratégia de superação individual da situação vivida pelos usuários, mas pode ser concebida em sua dimensão pedagógica, bem como estratégia de micropolítica com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano da comunidade local e da atenção básica.

Para cada atividade houve a produção de cartazes, cartilhas, material informativo, tanto para a população, bem como, na capacitação feita para ACSs.

Para além das diversas atividades de competência do NASF, as reuniões de matriciamento voltaram-se para a tentativa de elucidar dúvidas sobre o papel do NASF, uma vez que a equipe local demonstrou necessidade, interesse e receptividade. Elaboramos cartilha para capacitação, e posteriormente a encaminhamos à gestão a fim de que trabalhassem com a sugestão de roda de conversa. Não foi possível implementá-la devido ao curto período de tempo disponível.

Fizemos também proposta de assessoria multiprofissional a uma instituição que apresenta problemas técnicos, conforme as ACSs relataram. Esta sugestão foi acolhida, porém, devido a conflitos internos do município, não foi realizada.

As visitas domiciliares e o contato com as agentes comunitárias de saúde proveniente desta atividade, possibilitou maior compreensão das ações da equipe de saúde da família, bem como um olhar reflexivo e crítico a respeito das condições de vida da população do território em questão.

Através da realização de grupos e atividades educativas, foi possível observar o quanto as ações surtiram efeito positivo na população do município, pois a comunidade mostrou-se participativa e o nível de adesão as atividades propostas foi satisfatório.

O foco na doença com uma visão dissociada do contexto pela qual é produzida é praticamente unânime em grande parte dos participantes do grupo. E assim, abordamos temas como a imediatividade, a busca desenfreada por medicamentos e soluções mágicas para os problemas vividos, que refletem a influência midiática e da indústria farmacêutica.

Outro ponto observado refere-se à precariedade das relações de trabalho. Foi possível notar o impacto direto que os retrocessos da precarização produzem na política de saúde. A dinâmica que envolve a realização dos diversos grupos em saúde é cansativa e por vezes desmotiva, pois contam com poucos profissionais para contribuir com o trabalho.

Com relação à metodologia de trabalho, a interdisciplinaridade marcou a atuação no município como estratégia de intervenção. Proporcionando o encontro dos diferentes campos do saber, maior aproximação com a especificidade de cada profissão, e enriquecendo as ações educativas realizadas.

Nota-se que em alguns momentos o grupo atuou de forma individual ou fragmentada, porém, prevaleceu a dinâmica de trabalho com a equipe completa. O número de atividades realizadas em grupo deve-se a valorização de orientação do Ministério da Saúde, que preconiza que o Nasf deve atuar dentro das seguintes diretrizes relativas à Atenção Primária a Saúde:

“[...]ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização[...]”. (BRASIL, 2009:7)

Tais diretrizes contribuem na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação, pois interdisciplinaridade implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do conhecimento e uma abertura na direção de um fazer coletivo.

Portanto, reconhecemos a necessidade da continuidade do estágio em Capinópolis, junto à atenção básica e à comunidade, pois configura-se numa troca de saberes e experiências enriquecedora ao serviço prestado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no estágio obrigatório em Capinópolis apresentou-se como uma experiência diferenciada em um novo cenário de ensino-aprendizagem. Atuar no contexto da Atenção Básica despertou para temáticas como, por exemplo, a promoção da saúde e a saúde coletiva, e assim, vivenciamos a rotina de um serviço público com seus desafios, limites e possibilidades.

Atenção básica é uma das portas de entrada do sistema de saúde, e local privilegiado para atividades de educação em saúde. Nela, há potencial para transformação social, fortalecimento de autonomia dos sujeitos na busca por seus direitos, bem como, desenvolvimento da coparticipação no cuidado com a saúde.

A PNAB define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, perpassando desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, e assim, baseia-se nos princípios de integralidade, equidade e universalidade.

Refletir sobre tais práticas implica também em pensar na formação e desenvolvimento dos profissionais da área, recursos disponíveis, que refletem na qualidade do serviço prestado.

A direção apontada pelo SUS é de que a formação básica de profissionais da saúde deve compreender uma visão da saúde como um todo: aspectos ambientais, socioculturais e econômicos que impactam diretamente nas condições de saúde e seus agravos.

Assim, o fortalecimento da integração entre serviço e ensino permitiu aproximação do processo saúde-doença, valorizando-se as ações de promoção e prevenção, tanto quanto as de recuperação e de reabilitação, de uma forma crítica, pois observa-se desafios a serem superados, principalmente, quando se pensa na política de desmonte do SUS presente na agenda pública.

A experiência com equipe multidisciplinar possibilitou o diálogo entre diversas profissões, aproximando áreas distantes de um processo de trabalho, que na dinâmica de alta complexidade ainda continuam com um fazer fragmentado. Assim, a aproximação de residentes de diferentes cursos permitiu um conhecimento dos núcleos de cada profissão, o que tende a favorecer o respeito às práticas específicas direcionadas ao mesmo usuário.

Interdisciplinaridade no processo de grupos de educação em saúde proporcionou uma consciência dos limites e das potencialidades de cada área envolvida e uma abertura em direção de um fazer coletivo, que dialogue com o território de abrangência, seu perfil epidemiológico, do mapeamento das situações e áreas de maior risco.

Durante a prática em saúde é possível perceber a necessidade de superação da dicotomia entre a teoria e o fazer, apoiando-se em formação continuada e no aspecto político de luta contra o desmonte das políticas sociais. Superar a falta de acessibilidade para que de fato o sistema seja universal; substituir ações fragmentadas, falta de comunicação a fim de alcançar a integralidade do cuidado.

As diretrizes do NASF apontam para ações que valorizem escuta e acolhida, e que contribuam estimulando o fortalecimento da autonomia, organização pessoal do usuário, entre outros.

Ressalta-se ainda a realidade observada quanto a participação social nas decisões, nos conselhos, ou de forma crítica não foge à regra nacional: pouco observada. Assim, a educação em saúde buscou temáticas que contribuíssem para a superação cultura da gratidão, do clientelismo, plantando sementes de estímulo a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações, bem como sua organização para o efetivo exercício do controle social.

Observa-se que é preciso superar o distanciamento entre usuário e academia, e o modelo de educação bancária que permanece orientando práticas de uma forma geral. A integração entre o meio acadêmico e a sociedade, e o serviço prestado a ela envolve uma série de mediações, é um processo que não se dá de forma linear, sendo permeado por conflitos, diálogos.

A apropriação do modelo de “educação bancária” nos trabalhos com grupos de educação em saúde coloca o usuário num lugar de vazio, em que o profissional despeja conceitos, apontando comportamentos considerados adequados ou não.

Portanto, faz-se necessária a superação desta concepção de educação, que nega o diálogo e apresenta papéis bem marcados, onde o educador “[...] *é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados[...]*” (Freire, 2005, p. 34).

Assim, apostar no desenvolvimento de uma relação que envolva educador e educando, num processo dinâmico, participativo transforma os grupos de educação em saúde numa modalidade que carrega potencial transformador, como espaço de micropolítica e de se reinventar.

Ao comparar o modelo de educação bancária e de educação emancipadora, Freire afirma que “[...] *enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educando, a segunda realiza a superação[...]*” (Freire, 2005, p. 39). Freire ressalta o aspecto dialético em que ambos se tornam sujeitos deste processo, pois “[...] *o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa.[...]*” (Freire, 2005, p. 39).

E é assim, neste espaço contraditório, que reúne diferentes culturas, conhecimentos e visões de mundo, num processo em que cada um se diferencia e se reconhece no outro, por meio do pensar, falar, escutar, refletir, aprender e ensinar, que buscou-se trabalhar o estímulo a autonomia, reflexão crítica, a saúde como direito, para que germine o despertar de uma participação realmente ativa, que possibilite pensar em estratégias para além deste sistema posto.

REFERÊNCIAS

Amanda Elias Arruda et al. **Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. 102 36 (1, Supl. 1) : 102-110; 2012.

ABEPSS. **Relatório da Pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Juis de Fora, dezembro de 2018.

BRASIL. IBGE. **Capinópolis. Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/capinopolis/panorama>. Acesso em: 01 de Janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Legislação Específica.** http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813. Acesso em: 10 de Janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 12513, de 26 de Outubro de 2011. institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem).** Brasília, Outubro de 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** Brasília, Junho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. **Portaria Interministerial no- 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde.** Brasília, 2007.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo.** Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília, Março de 2008.

CFESS. **Subsídios para a atuação de assistentes sociais na política de educação.** Brasília: CFESS, 2013.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2014.

COREMU. **Programas de Residência.** Acesso em: 02 de Janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.coremu.famed.ufu.br/programas>.

COREMU. **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde Atenção a Saúde da Criança.** Comissão de Residência Multiprofissional. Uberlândia/MG. 2012

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**: 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007.