



CAMINHAR É PRECISO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO FORMATIVO CAMINHOS DO CUIDADO

Daiane Rocha¹

Resumo: Este relato de experiência é resultado de uma ação de educação permanente em saúde, intitulado Caminhos do Cuidado. A ação permitiu mudanças de olhares, e das práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, por meio da pedagogia problematizadora, corroborando com o cuidado integral em saúde e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Clínica Ampliada, Saúde Mental.

WALKING IS ACCURATE: STORY OF EXPERIENCE ON THE TRAINING PROCESS PATHWAYS OF CARE

Abstract: This story of experience is the result of a permanent health education action, entitled Pathways of Care. The action allowed for changes of looks, and of the practices of care to people in psychic suffering, through posing pedagogy, corroborating the integral health care and strengthening of the Psychosocial Attention Network (RAPS).

Keywords: Permanent Health Education, Extended general practice, Mental health.

A educação em saúde é como um processo de ação e reflexão, possui papel fundamental na transformação da realidade, principalmente no que diz respeito ao processo de saúde. É por meio da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, que as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são aplicadas nos processos formativos aos profissionais de saúde, com o intuito de discutir os processos de trabalho e provocar mudanças no modelo atual de cuidado à saúde, promovendo trocas de conhecimentos acerca da realidade na qual estão inseridos.

A EPS é um percurso em construção, e caminhar é preciso nesse processo

¹ Mestre em Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, realizando especialização Gestão em Saúde Pública pela UFSC, Criciúma/SC, Brasil.



de construção de novas práticas, de novos olhares do sujeito social, ou seja, de uma práxis transformadora (PITANO, 2017). A Reforma Sanitária, seus princípios e diretrizes, permitiram a consolidação de EPS, resultado de uma luta coletiva na área da saúde pública para que a qualificação dos trabalhadores fosse tornada uma política pública e um compromisso do Estado brasileiro, no sentido de contribuir para transformar o modelo de atenção à saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde.

Para Ceccim e Ferla (2009) a EPS tem no trabalho o espaço de “prática de ensino- aprendizagem”, isso significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo por base os problemas enfrentados no dia-a-dia no processo de trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A EPS se apoia no conceito de ensino problematizador, ou seja, inserido de maneira crítica na realidade social, onde os processos formativos se dão de forma horizontal, sem superioridade do educador em relação ao educando. A produção de conhecimentos é embasada nas práticas, nas trocas diárias, de forma a responder questionamentos resultantes das experiências cotidianas nos processos de trabalho.

Sendo assim, é oposta ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. O desenvolvimento continuado dos trabalhadores da saúde, é um conceito forte e transformador visto que sintetiza processos formativos propriamente educacionais com a prática laboral das atividades tipificadas na saúde, sendo por isso instrumento privilegiado, haja vista a capacidade em desvelar a relevância da qualificação do trabalhador para a consolidação do cuidado integral à saúde, o que envolve saberes técnicos e científicos, éticos da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. A EPS não expressa uma opção didático-pedagógica, e sim uma opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009).



Nesse sentido o projeto Caminhos do Cuidado capacitou alguns profissionais da atenção básica (agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, e técnico de enfermagem), para um cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas, e aqueles que estão em sofrimento psíquico. A escolha desses profissionais se deu por serem estes a realizar o primeiro contato, dada a estrutura territorial de saúde que o Sistema Único de Saúde preconiza. O projeto Caminhos do Cuidado, também contemplou o item qualificação dos recursos humanos envolvidos no cuidado à saúde, tratamento, reinserção social e prevenção ao uso de crack e outras drogas preconizado pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (CAMINHOS DO CUIDADO, 2013).

A partir desse item, foi proposto um processo formativo que promoveu um encontro entre as práticas cotidianas vivenciadas pelos alunos e os eixos temáticos do curso (conceitos e políticas de saúde mental; Atenção Básica à Saúde; Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do Cuidado) buscando responder à demanda do cuidado integral, ou do processo de cuidado de uma clínica ampliada às pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuária de álcool e outras drogas. Para a capacitação, foi utilizada a estratégia pedagógica da problematização, para provocar ação-reflexão na produção de conhecimentos, corroborando com a prática profissional, tendo por base os princípios do SUS, das Políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica.

Essa pedagogia de formação de recursos humanos permite a transformação da realidade e consolidação da saúde mental na Atenção Básica, fortalecendo as práticas de educação permanente no SUS, em sintonia com os preceitos apontados por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao tratar da lógica da educação permanente como responsabilidade sanitária, transdisciplinar, descentralizadora e ascendente. Cabe ainda ressaltar a importância de instituir programas de educação permanente como parte fundamental na reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, de um cuidado longitudinal entre equipes e usuários, conforme citou Campos (2008), mas também de novas práticas.

[EPS] ... no concreto do trabalho de cada equipe – é de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da



equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, p.165, 2005)

O projeto caminhos do cuidado, compondo esse processo formativo, contribui para as transformações no cuidado em saúde, e do modelo de cuidado tradicional para o cuidado de uma clínica ampliada. Assim foi possível qualificar os profissionais a partir de suas ferramentas de trabalho, suas qualidades, demonstrando iniciativa, acolhimento, resultados pessoais e satisfação de contribuir na mudança da realidade do usuário atendidos nas mais diversas realidades dos territórios. Desta forma o projeto permitiu o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O curso teve ainda o objetivo de sensibilizar Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem para que reconheçam o seu papel de promover a inclusão das pessoas na rede de cuidado, focando também nos dispositivos presentes no processo de trabalho, como a rede intersetorial privada e/ou pública, atuando no reconhecimento das situações problemáticas no seu território, no acolhimento dos usuários, na mobilização e articulação da rede de atenção à saúde e comunitária.

O projeto proporcionou a reflexão à respeito de novas práxis no âmbito da saúde, dando significados ao sofrimento do sujeito que procura a atenção básica (Equipe Saúde da Família),

permitindo a liberdade de criação de procedimentos menos convencionais e de um cuidado humanizado, que é transversal a intersetorialidade das políticas públicas, mas também aos dispositivos comunitários, que marcam as singularidades de cada serviço e de suas próprias demandas na produção de saúde, por meio da pedagogia problematizadora.

Por resultado, os processos de trabalho foram remodelados, passando a considerar a produção de saúde como sinônimo de qualidade de vida, tornando obsoletas velhas práticas como a lógica biomédica centrada no sujeito, que produz uma sociedade doente corroborando com Pitano (2017). Portando para operar na lógica de produção de qualidade de vida se faz necessário aceitar o modelo da clínica ampliada, e criar novas práticas através de ações de EPS imbuídas de uma



práxis transformadora, para trilhar os caminhos do cuidado singular em saúde, respeitando as singularidades e o território no qual o sujeito está inserido.

Método

Trata-se de relato de experiência que descreve a atividade realizada em uma capacitação EPS de profissionais da atenção básica; agente comunitário de saúde e técnicos de enfermagem na atenção básica para ampliar o Cuidado Integral e as Redes de Atenção aos usuários em sofrimento psíquico e àqueles que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. As capacitações foram realizadas pela pesquisadora do presente artigo nos anos de 2014 e 2015 na região de saúde da grande Florianópolis, com turmas de 40 alunos, tendo sido realizados cinco encontros presenciais com cada turma.

Política de Saúde: de ontem a hoje reconstrução constante.

A atenção à saúde ainda está em disputa, há confluência nos discursos nos quais a saúde têm se expandido para além das doenças infecciosas passando a incluir doenças crônicas, violência, patógenos emergentes, ameaças de bioterrorismo, e os contextos sociais que influenciam a saúde através de fatores sociais, biológicos e ambientais (CDC,1999, p.01).

Hoje ainda encontramos muitos profissionais e serviços de saúde agindo sobre uma lógica privada de saúde, de um modelo biologicista, médico-centrado, de abordagem clínica individualista- sintomática, na contramão do cuidado integral à saúde orientado pelo modelo da clínica ampliada, conforme a Política Nacional HumanizaSUS (PNH), que preconiza um modelo centrado no sujeito e na comunidade, contrária a centralidade no sintoma apresentado e na doença em questão ou de um corpo recortado, tendo por sua vez um olhar sobre o sujeito, considerando sua singularidade, sua inserção num contexto social de que resulta seu estado de saúde multifocal, que necessariamente precisará de uma abordagem multiprofissional e humanizada (COELHO,2008).

Nesse sentido, onocko campos (2013) coloca que as reformas psiquiátrica



e sanitária ora se juntam ora se bifurcam, pois, a presença da saúde mental na atenção básica reproduz uma falsa dicotomia entre individual e coletivo, o social e o clínico. A atenção básica, mesmo com suas deficiências, possui uma estrutura de base territorial, inserida nas comunidades brasileiras realizando promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2012), sendo essa a razão pela qual a saúde mental está imbrincada na atenção básica, visto que mente e corpo são indissociáveis no cuidado integral à saúde.

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (...)deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (PNPS, 06-07, 2015).

Alguns estudos apontam a necessidade de dispositivos públicos acessíveis a todos, para promover maior qualidade de vida. A ESF sozinha não dá conta de criar mecanismos, mas enquanto articuladora do cuidado e por meio da intersetorialidade, pode desenvolver atividades diversas que impactam na saúde da população. Alguns exemplos podem ser citados, como a academia da cidade, grupos educativos, horta comunitária ou de ervas medicinais, práticas esportivas, culturais e de lazer, vinculadas a outras secretárias ou com apoio do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, e até mesmo pelos profissionais da ESF.

No planejamento das ações do serviço de atenção básica, ao fazer a territorialização, é diagnosticado na comunidade adscrita um arsenal de situações e problemas de saúde tradicionais e contemporâneos, que podem ser alcançáveis e tratados com outros métodos de cuidado, como por exemplo as atividades já



citadas, pois influem diretamente na qualidade de vida, evitando a cronicidades de algumas patologias e a reversão de outras tantas, por meio da promoção do bem-estar.

A saúde mental na atenção básica, considera o território *in loco* o local do cuidado, e o sujeito como um ser integral onde a mente e o corpo fazem parte de um mesmo ser complexo, sendo ambas as partes reflexos e produtos de si e das relações sociais de múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e de produção de cuidados. Diante dessa percepção nos surge a necessidade de novas práticas de cuidado em saúde, valorizando as estratégias terapêuticas não medicamentosas para intervenção na área da saúde.

Em meio ao processo de vida, com vários estressores que levam a patologização do corpo, há muito para se fazer na ESF no que se relaciona a saúde mental, haja visto o importante papel que cumpre na promoção da saúde e da qualidade de vida. Novas práticas, implicam em novas formas de fazer prevenção, promoção e tratamento no território de saúde, significa compreender os processos que geram qualidade de vida, como a atividade sociocultural que tem importante papel na proteção da saúde mental das pessoas (PONDÉ; CARDOSO, 2003).

Para Ceccim (2005) um dos desafios da EPS é construir novas práticas, mais pedagógicas e próximas da realidade de cada serviço, se fazendo valer das relações intersetoriais, desenvolvendo potencialidades existentes em cada realidade. Por meio, da organização das práticas de cuidados, oferecendo ações e serviços de saúde que tenham em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença- cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (CECIMM, p.163, 2005).

Para Coelho (2008) alguns apontamentos sobre AB são importantes, um deles são as quatro características de Bárbara Starfeild; a acessibilidade, longitudinalidade, a integralidade e a coordenação de projetos terapêuticos do



cuidado, com destaque para a última característica haja vista a importância desta na atenção à saúde. Outro entendimento importante é o do Ministério da Saúde, que caracteriza a AB por não dissociar a atenção individual e coletiva a partir da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde, organizado pelo trabalho em equipe por meio de práticas gerenciais e sanitárias, utilizando tecnologias de elevada e baixa densidade com base nos problemas de saúde mais frequentes no território.

O projeto Caminhos do cuidado, enquanto uma ação de EPS foi uma excelente oportunidade por ofertar em diversas turmas e diversos território (municípios) contato com profissionais de saúde, que possuem uma determinada formação e vivência, e que ao interagir com a pedagogia problematizadora, produziram resultados nas suas equipes de origem e na rede de saúde local. Foi importante conhecer a realidade de cada município, seus serviços em rede, a organização da atenção à saúde, e dessa forma apontar outras maneiras de produzir saúde com a rede que se tem.

A metodologia, permitiu que os tutores replicassem nas turmas, o resgate da humanização no enfrentamento ao sofrimento psíquico dos usuários em decorrência do abuso do consumo de álcool e/ou outras drogas.

Conclusão

Dentre os apontamentos apresentados no relato de experiência, concluiu-se que a saúde mental é intrínseca à saúde coletiva na atenção básica, por constituir um mesmo sujeito que é afetado pelas relações sociais, econômicas e culturais, desse território, logo a oferta de cuidado e ações à saúde não podem ser fragmentadas, devendo sim serem inseridas novas práticas e saberes para fazer frente a essa complexa realidade.

Podemos relatar que por meio da problematização das práticas e das ações crítico-reflexiva nas oficinas realizadas com os profissionais que participaram do projeto Caminhos do Cuidado, houve mudanças no cuidado integral à saúde, principalmente, no que se refere a acolhida aos usuários de álcool e outras drogas.

Corroborando com o conceito de saúde ampliada, ou de Clínica Ampliada,



resultante dos determinantes sociais, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e outras formas que são determinantes nas relações sociais e na organização social de produção e desenvolvimento social (DA ROS, 2006), o cuidado integral à saúde ocorre na singularidade de cada caso.

A reforma psiquiátrica é uma transformação da própria ciência, que passa da neutralidade ao questionamento das verdades, estando em constante mudança, pois a verdade da ciência passa a ser provisória, outros aspectos influenciam; política ideologia, religião, cultura, moral e as condicionantes sociais.

A mudança no modelo de saúde passa pelo cuidado singular do sujeito, e não dá doença, pois antes do adoecer, há um ser que se reproduz na complexidade da realidade, sua vida, social, política, cultural, enfim uma gama de acontecimentos que influenciam na produção de saúde, na “saúde ampliada”, que não pode se restringir a sintomas, a patologias, diagnósticos e medicalização. Basaglia (1985) já havia resgatado um conceito de saúde ligado a reprodução social, logo as intervenções técnicas devem caminhar nesse sentido, buscando ouvir, o que o sujeito necessita conhecer sua dinâmica social para poder ofertar algum cuidado, produzindo autonomia tanto para o sujeito quanto ao profissional, nas trocas de saberes e na construção singular, no contato com outro o que é possível no momento.

Para Merhy e Ceccim (2009) a produção de saúde ocorre no processo do cuidado implicando, na construção de relações, de alteridade, implicando em encontros no cotidiano do cuidado, do campo singular de práticas humanizadas na produção de saúde, e não no campo particular da prestação de assistência.

O trabalho multidisciplinar em serviços de saúde permite a construção de novas práticas, de questionamentos das ações tradicionais, refletindo mudança do cotidiano, que perpassam os diversos profissionais da rede. Mas também, perpassam novos processos de trabalho, para além das estruturas físicas constroem-se possibilidades de um trabalho integrado construindo parcerias entre instituições, que extrapolem as redes de saúde, que seja uma rede intersetorial



tal qual o preconizado na RAPS.

O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar convoca o profissional de saúde a construir cotidianamente esse novo processo de trabalho, que não é individual e nem especializado, mas a junção de vários olhares e saberes profissionais unidos aos usuários do SUS na produção de vida, que passa pela saúde, pelo território vivido e independe do profissional, mas depende de um coletivo, e de ações coletivas.

A atuação do assistente social na saúde pode fornecer subsídios para o fortalecimento do usuário e sua participação na saúde, ampliando as possibilidades de influência nas decisões que interessam a estes sujeitos, mas sobretudo, produz na dinâmica do processo de trabalho, ações de EPS construindo respostas que ampliem o atendimento das necessidades sociais e reafirma o posicionamento em favor da equidade e justiça social na saúde “comprometido com a busca de respostas aos problemas colocados para a efetivação da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde” (SARRETA, et al, p.18, 2016).

Com tudo, corroborando com Ceccim (2005) um dos desafios da EPS é construir novas práticas, mais pedagógicas e próximas da realidade de cada serviço, se fazendo valer das relações intersetoriais, desenvolvendo potencialidades existentes em cada realidade. Por meio, da organização das práticas de cuidados, oferecendo ações e serviços de saúde, que tenham em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde.

REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 1.996 DE 20 DE AGOSTO DE 2007. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 20. Maio. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. **Programa Crack é possível vencer**. Disponível em <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>. Acessado em 13. Jun. 2019.



BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

CAMINHOS DO CUIDADO. **Sobre a História**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo. XXVII Ano. n. 87. 2006. p. 132 – 146

_____, Gastão Wagner de Sousa. GUTIÉRREZ, Adriana Coser. Et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. IN: Manual de Práticas de Atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. 2008.

_____, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CDC. **Framework for Program Evaluation in Public Health**. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1999,48 (RR-11): 1-40.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional a saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 14(1): 41- 66, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface (Botucatu) [online], vol.9, n.16, 2005.

COELHO, Ivan Batista. **Formas de Pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.

DA ROS, M. A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros - org. A saúde em debate na educação física. Vol 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

MERHY, Emerson Elias. CECCIM, Ricardo Burg. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização**. 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>. Acesso em: 13. Jun. 2019.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Saúde Mental e Atenção Primária: o jardim das**



veredas que se entrecruzam. In: PAULON, Simone. NEVES, Rosane. Saúde Mental na Atenção Básica – a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PITANO, Sandro de Castro. **A EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA DE PAULO FREIRE, UMA PEDAGOGIA DO SUJEITO SOCIAL.** Revista Inter-Ação, v. 42, n. 1, p. 087-104, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/interacao/article/>>. Acesso em: 13. Jun. 2019.

PONDÉ, Milena Pereira; CAROSO, Carlos. **Lazer como fator de proteção da saúde mental** / Leisure as a protective factor for mental health. Revista de Ciências Médicas Campinas. [on line] 12(2): abr.-jun. 2003.

SARRETA, Fernanda de Oliveira et al. **Serviço Social e Educação Permanente em Saúde: a potencialidade para integração ensino-serviço.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, UFTM, REFACS (online); vol 4, no 1, p.17-25. 2016.