

RAPHAEL SAMPAIO DOS SANTOS

**A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, A
FORMAÇÃO E A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS – UMA ABORDAGEM
SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre. Linha de pesquisa: Formação Pedagógica

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucia Cardoso Mourão

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Ana Clementina Vieira de Almeida

Niterói, RJ

2018

Uma breve Contextualização

A natureza de ter impacto social que os mestrados profissionais trazem instituem que, a partir de uma problemática trazida dos serviços, os estudos realizados produzam um produto que possa servir de ferramenta para transformar a situação problema estudada. Para tanto, como resultado da pesquisa aqui relatada, apresentamos abaixo o produto construído coletivamente com os profissionais da Clínica da Família selecionada como cenário.

Trata-se de um produto apresentado como requisito parcial para o mestrado profissional de ensino na saúde na linha de pesquisa da formação em saúde.

APÊNDICE III: PROPOSTA DE ROTEIRO

PROJETO INTEGRADO ENSINO, SERVIÇOS E COMUNIDADE NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA EM SUA MANIFESTAÇÃO DO CONFLITO ARMADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O impacto social que os mestrados profissionais preconizam se institui desde a construção até a implementação de um produto que possa servir de ferramenta para transformar a situação problema trazida dos serviços. Para tanto, como resultado da pesquisa aqui relatada, apresentamos a seguir o produto construído coletivamente com os profissionais da Clínica da Família selecionada como cenário. Trata-se de um produto apresentado como requisito parcial para o mestrado profissional de ensino na saúde na linha de pesquisa da formação em saúde.

Quando iniciei o mestrado profissional, tinha certeza da problemática que eu queria abordar. Estava implicado com a violência urbana. A implicação é um dos conceitos utilizados na análise institucional, metodologia deste estudo, e diz respeito às relações que estabelecemos com nosso objeto de estudo ou de intervenção, considerando os acontecimentos que atravessam o indivíduo (L'ABBATE, 2013).

A violência em sua manifestação de conflito armado é um grande analisador, outro relevante conceito utilizado na metodologia desta pesquisa. O analisador é um revelador de situações, o que “dispara” uma situação, que pode ser bastante útil na construção de ferramentas no cotidiano da gestão e da assistência (ABRAHÃO, 2013).

A violência urbana é um fenômeno social que ocorre na dinâmica de uma sociedade manifestando-se de diversas formas (FIÚZA *et al.*, 2011). Nesta pesquisa, o conflito armado deflagra em mim algumas inquietações ligadas às práticas profissionais e à formação em saúde e por este motivo torna-se objeto de estudo.

A violência urbana atravessava a minha prática profissional, e por conta dela, pude refletir sobre alguns sentimentos que foram despertados em mim e estavam relacionados à instituição de trabalho. Os conflitos armados provocam angústia, ansiedade e medo nos trabalhadores, e se refletem ainda, de forma intensa, no processo de trabalho das equipes de saúde sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família, de forma que todos os trabalhadores presentes no cenário da pesquisa são afetados de alguma maneira.

A Estratégia Saúde da Família inserida em território com maior vulnerabilidade está mais exposta à violência (LANCMAN, 2009).

A problemática mencionada deflagrou em mim a vontade de fazer algo que pudesse minimizar de alguma forma o impacto que o conflito armado causava nas equipes de saúde e na população, mesmo ciente das minhas limitações frente à complexidade do fenômeno.

O mestrado profissional possibilitou ampliar minhas reflexões acerca da violência urbana em sua manifestação do conflito armado, bem como pensar em um produto que se traduzisse em uma tecnologia aplicável, que, ao ser instituída no serviço, pudesse ser utilizada ao longo do tempo, podendo ser reavaliada no decorrer do trabalho e transformada por novas práticas e saberes. Eu pensava em algo que instrumentalizasse não só os trabalhadores, mas também a população, e que ajudasse esses atores no enfrentamento da violência urbana, minimizando as tensões entre a população e as equipes de saúde, como mostram as falas nos resultados desta pesquisa.

Para isto, utilizo uma potente metodologia, a análise institucional em sua vertente socioclínica institucional, que se mostrou eficiente para atingir os objetivos propostos pela pesquisa realizada, além de permitir a reflexão coletiva sobre o Acesso Mais Seguro no enfrentamento da violência urbana. A socioclínica institucional envolve atividades de análise de grupo, acompanhamento das práticas profissionais e atividades de pesquisa, levando em consideração, portanto, a dinâmica institucional (MONCEAU, 2013).

Pesquisar sobre violência urbana em sua manifestação do conflito armado torna-se relevante pela possibilidade de revelar seus impactos nas práticas dos profissionais de saúde em unidade básica, como também de fortalecer as discussões acerca do processo de formação e da prática dos trabalhadores em saúde em relação à temática. Passado o momento da pesquisa e de posse dos resultados, percebeu-se que a gravidade da situação exposta nos diferentes depoimentos não poderia ficar sem respostas.

Pensamos em desenvolver um projeto educativo que tivesse continuidade no tempo, e que teria como temas para debates as questões trazidas pelos trabalhadores da saúde decorrentes da sua formação, e principalmente, aqueles que afetavam sua prática na ESF. Temas estes que devem também emergir dos anseios dos usuários e da comunidade, no sentido de garantir um acesso seguro à unidade de saúde para o tratamento de seus problemas de saúde, ou mesmo na prevenção destes para os indivíduos e as famílias.

2 CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO

O projeto será realizado em uma Clínica da Família localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

A Clínica da Família que se pretende utilizar como cenário inicial deste projeto funciona de segunda à sexta, das sete às dezoito horas. Constitui-se de sete equipes de Saúde da Família, sendo todas compostas À época do estudo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde. Cada equipe de saúde acompanha em média de 3.000 a 4.000 usuários. O número total de usuários cadastrados na Clínica da Família é de aproximadamente 19.987 (dezenove mil novecentos e oitenta e sete). A oferta de serviços ocorre por meio de agendamentos e livre demanda, e a clínica possui atividades externas que compreendem ações educativas para promoção da saúde, atendimento em escolas e domicílios e de vacinação. As atividades internas incluem imunização, curativos, administração e liberação de medicamentos, orientações em grupo e ações médicas, de enfermagem e odontológicas voltadas para os diferentes ciclos de vida e diferentes vulnerabilidades que os usuários venham apresentar.

Destaca-se que a área escolhida para implantação do projeto é menos desenvolvida econômica e socialmente e possui altos índices de violência urbana (MARINO; NOGUEIRA; FERREIRA, 2016). Tais características podem ser justificadas pelo fato de que, nos anos 1970, houve um processo de remoção de moradores de favelas da Zona Sul para os chamados conjuntos habitacionais ou abrigos provisórios nessa área. O descaso político e social, agravado pela ocupação desordenada, favoreceu nesse território peculiaridades como desemprego, baixa qualidade de políticas de educação e saúde e a presença do crime organizado, colocando, assim, alguns grupos populacionais em risco social (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005). Pode-se inferir com isso que é nesse contexto permeado por essas condições sociais desfavoráveis que a violência se fortalece como marcante neste território.

3 DIAGNÓSTICO SOBRE A NECESSIDADE DA IMPLANTAÇÃO DESTE PROJETO

O território em que o cenário do estudo está inserido é permeado por constantes guerras entre traficantes e policiais. Torna-se, assim, a violência urbana uma grande

obstaculizadora das práticas das equipes de Saúde da Família que exercem suas atividades nesse território.

Em relação às atividades desenvolvidas nos territórios, as atividades externas, como as visitas ao domicílio, são claramente as mais prejudicadas pelos conflitos armados, descaracterizando, assim, o processo do cuidado na ESF ao fazer as equipes de saúde concentrarem suas atividades dentro da clínica. Além disso, gera um grande transtorno no reagendamento dessas visitas, que muitas vezes demoram a acontecer em consequência da grande quantidade de atividades exercidas por esses profissionais de saúde, o que afeta todo processo de cuidado as famílias como preconizado na ESF.

O fechamento da clínica com a interrupção dos atendimentos mostrou-se uma importante causa de tensões entre trabalhadores de saúde e usuários, tendo em vista que estes entendem que, ao fechar a clínica, seus direitos à saúde são restringidos. Essa realidade gera a descontinuidade da assistência a saúde prestada pelos profissionais, atravessando os princípios do SUS, além de desgastar a relação entre esses trabalhadores, usuários da saúde e gestão.

Tal situação gera estresse nas relações de trabalho, mas também tem consequências para a saúde destes profissionais, que às vezes solicitam sua saída da clínica, o que afeta alguns norteadores da Estratégia Saúde da Família, como o vínculo e a continuidade da assistência.

O estudo realizado com os profissionais de saúde que atuam na ESF também evidenciou as dificuldades para uma efetiva correlação entre teoria e prática. Essas dificuldades vêm sendo motivo de diferentes estudos, sempre que o assunto formação é colocado em foco. Em todas elas percebem-se as lacunas existentes entre o que se aprende nos centros formadores e o que se encontra nos serviços de saúde, revelando as dificuldades de aproximações entre as instituições saúde e os serviços. A diferença dos resultados obtidos neste estudo é que, se tratando de territórios nos quais existe o conflito armado, não é viável que eles se constituam como campo de prática.

Neste caso, não se pode dizer que há falta de integração entre teoria e prática, mas uma dificuldade de realizar essa integração, considerando-se os riscos físicos e psicológicos a que estariam submetidos os profissionais de saúde em sua formação. Então cabe questionar: como preparar os futuros profissionais de saúde para atuar em territórios perigosos nos quais estão inseridas as unidades da Estratégia Saúde da Família?

Consideramos dois momentos em que a temática violência na sua manifestação de conflito armado pode ser pensada: durante a graduação, como tema transversal ou a

partir de seminários e outros espaços para reflexões e debates sobre a temática, e após os profissionais iniciarem suas atividades na ESF, colocando em debates o problema do conflito armado para trabalhadores da saúde, usuários, gestores locais e regionais, em busca de estratégias de intervenção. Dessa maneira, haveria mais oportunidades de debate sobre questão da violência em situação de conflito armado, tanto ao longo da formação quanto no exercício das práticas, possibilitando que os profissionais estejam mais preparados, tanto técnica quanto psicologicamente, para o enfrentamento dessa realidade.

Esse posicionamento vem da constatação obtida nos resultados da pesquisa realizada de que a formação dos trabalhadores de saúde não pode ficar limitada aos espaços dos estabelecimentos de ensino. Ela deverá ser ampliada para os serviços de saúde, nos quais os trabalhadores que ali atuam, os usuários e a comunidade, os gestores e os docentes possam discutir a problemática da violência nas unidades de saúde localizadas em territórios perigosos, de maneira que o conflito armado seja entendido como uma questão social e política que deve envolver toda sociedade. Dessa maneira também se pretende compartilhar as responsabilidades referentes a formação profissional destes trabalhadores com os serviços, já que esses profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Um dos temas que deverão fazer parte dos debates diz respeito ao Acesso Mais Seguro, ferramenta de grande utilidade na proteção dos trabalhadores de saúde e que é vista como um aspecto positivo pelos participantes, aos lhes conferir também um respaldo técnico para o fechamento da clínica.

Os profissionais que fizeram parte do estudo reconhecem que o fato de muitos usuários na comunidade não conhecerem a ferramenta acentua os desgastes entre trabalhadores e usuários de saúde, o que nos leva a acreditar na importância desse tema ser um dos mais relevantes para iniciar os debates.

Destaca o estudo que a violência em sua manifestação de conflito armado é um potente analisador, que, por sua vez, desnuda questões na formação e nas práticas dos trabalhadores da saúde, o que revela a importância de se ter um espaço permanente para discussão dessa temática.

4 OBJETIVO GERAL

Implementar um projeto educativo para trabalhadores de saúde, usuários e representantes das instituições formadoras e de serviços, tendo como proposta colocar em

debates coletivos temas relacionados à violência em sua manifestação de conflito armado, de maneira a buscar estratégias de enfrentamento dessa problemática nos campos da formação e das práticas profissionais.

5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer o resgate da cidadania dos participantes por meio de seu envolvimento com as questões locais ligadas à violência na sua manifestação do conflito armado, agregando as forças da comunidade, dos serviços e dos centros formadores;
- fomentar a discussão com os participantes sobre a temática, de maneira a descobrir os caminhos no enfrentamento da situação na busca de uma melhor qualidade de vida e de trabalho;
- buscar a integração interinstitucional (universidade e serviços e comunitária), de maneira a desenvolver nos trabalhadores e usuários uma nova postura que deixe de ser centrada no “eu” para ser ampliada para o “nós”, de modo que se percebam como agentes transformadores da realidade;
- desenvolver dispositivos capazes de ampliar os debates coletivos sobre a violência em sua manifestação de conflito armado, de maneira a favorecer o diálogo, o levantamento de problemas e a busca de estratégias;
- favorecer que o instrumento Acesso Mais Seguro seja de conhecimento de todos os participantes e, além deles, do maior número de pessoas, de maneira a ampliar a proteção pessoal e familiar dos trabalhadores, usuários dos serviços e da própria comunidade;
- utilizar os pressupostos e diretrizes da educação permanente em saúde para o desenvolvimento deste projeto.

6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Este projeto se justifica ao se apoiar nos resultados da pesquisa realizada neste cenário, nos quais foram destacados os seguintes aspectos pelos participantes:

- **Necessidade de ampliar reflexões na formação sobre a violência em territórios perigosos em que se inserem algumas unidades da ESF.**

A respeito disso, um estudo realizado por Valença *et al.* (2014) com egressos do curso de graduação da UFRN destaca que, durante a formação, o professor deve propiciar situações de ensino-aprendizado que venham estimular a reflexão sobre problemas da realidade. Referem ser particularmente importante que essas reflexões aconteçam no aprendizado da saúde coletiva, para que, ao serem inseridos no mercado de trabalho, os profissionais não se sintam impotentes perante situações nunca vivenciadas durante a graduação.

- **A necessidade de apoio psicológico para o desenvolvimento da prática profissional em territórios perigosos.**

Bordignon, Monteiro (2016) referem que a violência no trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde tem repercussões em diferentes áreas da saúde, mas principalmente na saúde mental. Esta diminui à medida que os profissionais se sentem ameaçados em um ambiente de trabalho violento, elevando os níveis de sofrimento psicológico. Essas repercussões vão além do local de trabalho, já que os eventos danosos à saúde repercutem também na vida social e familiar do trabalhador, trazendo sentimentos de irritabilidade, crises de choro, angústia e tristeza, todos com implicações profundas para a saúde desses trabalhadores.

Acrescentam Machado, Daher (2015), em pesquisa realizada sobre o trabalho de profissionais de saúde que atuam em territórios perigosos, ser um fenômeno complexo o enfrentamento dessa realidade, trazendo problemas psicológicos pelo estresse constante, gerando exaustão emocional, prejuízo em diferentes áreas da vida pessoal e profissional, com acentuada diminuição da satisfação profissional no ambiente de trabalho.

- **A constatação de que a formação dos profissionais de saúde deverá ser uma ação conjunta entre o saber teórico e prático dos trabalhadores da saúde e o saber empírico dos usuários dos serviços e da comunidade.**

Moraes *et al.* (2017) enfatizam que os profissionais que trabalham em territórios perigosos necessitam desenvolver uma ampla compreensão do local em que desenvolvem suas práticas a partir de experiências individuais e sociais, o que exige dos mesmos uma constante visão e revisão da realidade.

Complementa Trevisan *et al.* (2013) que, quando o profissional se insere no mercado de trabalho, este deverá ter uma nova formação, ou uma nova construção e estruturação de conhecimentos, adquiridas a partir de conceitos criados por sua experiência isolada vivida durante o curso e a cultura e a filosofia dos novos cenários onde desenvolve seu trabalho como profissional de saúde.

- **A necessidade de implementar propostas pedagógicas inovadoras, na busca por uma construção coletiva de saberes, agregando aqueles adquiridos nas instituições formais de ensino com outros favorecidos pelos cenários de prática e pela própria a comunidade.**

Ceccim (2005) refere que é a educação permanente em saúde que transforma grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde. A partir do conceito de quadrilátero da formação, pode-se associar a educação com o ensino e suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. Nessa linha, é o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem.

Diante o exposto, justifica-se e considera-se relevante a implantação de um projeto que venha favorecer a abertura de espaços de reflexão e debates sobre a violência na sua manifestação de conflito armado por trabalhadores da saúde, gestores dos serviços de saúde, representantes das instituições de ensino e da comunidade e de usuários, de maneira a somar as responsabilidades e a busca de estratégias para o enfrentamento dos problemas levantados pelos participantes.

7 PROPOSTAS DE TEMÁTICAS PARA OS DEBATES

Os conteúdos colocados abaixo são apenas sugestões, por terem sido estes os eixos temáticos que tiveram maior evidência no estudo realizado. No início da implantação do projeto, a temática deverá passar pela avaliação dos participantes, entendendo ser o projeto uma construção coletiva, que está aberto a modificações de acordo com o interesse dos participantes. Considerando a importância do Acesso Mais Seguro, essa temática deverá, se possível, ser abordada no primeiro encontro e em quantos se fizerem necessários, para que se possam pensar em estratégias coletivas que favoreçam a proteção, naquele cenário, de trabalhadores, usuários e comunidade.

Temas que emergiram do estudo realizado:

- O Acesso Mais Seguro e sua importância no contexto da violência urbana;
- a violência urbana: uma obstaculizadora das práticas dos profissionais de saúde;
- a violência urbana e a subtração do acesso à saúde dos usuários;
- a violência urbana como um grande tensionador entre trabalhadores, usuários e gestão;
- a violência urbana x a saúde dos trabalhadores de saúde;
- a violência urbana e as lacunas que se apresentam na formação acadêmica dos profissionais de saúde;
- as relações de grupo no enfrentamento da violência urbana.

Cada tema será ofertado aos participantes em momento oportuno, ou, caso os debates coletivos apontem para outras necessidades de reflexões sobre a temática que estejam mais de acordo com os problemas levantados pelos participantes, não serão ofertados em nenhum momento.

8 POPULAÇÃO ALVO

Inicialmente, pensou-se na população a seguir para a participação deste projeto, mas mudanças poderão ser realizadas no decorrer do projeto:

- Trabalhadores da saúde que exercem suas atividades na Estratégia da Saúde da Família deste território;
- usuários dos serviços de saúde;
- representantes da comunidade;
- representantes da Secretaria Municipal da Saúde.

9 METODOLOGIA

A implantação de um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção e de prevenção necessita de um planejamento preliminar envolvendo as instituições interessadas e, principalmente, a comunidade parceira e objeto das ações de cuidado.

Quanto à concepção pedagógica, este projeto busca dar especial atenção às contribuições dos participantes que vivenciam no seu cotidiano a violência na sua manifestação de conflito armado. Nesta concepção, o conhecimento é compreendido

como a participação do sujeito na construção desse saber. Para atingir esse objetivo, em todos os momentos buscar-se-á uma formação reflexiva aplicada à resolução de problemas do cotidiano vivenciados pelos participantes.

Os eixos norteadores da proposta pedagógica vem de Freire (1996) e são:

- Articulação entre saúde, educação e comunidade;
- conceito de saúde como qualidade de vida;
- humanização do cuidado e das relações;
- valorização da participação, do diálogo e problematização da realidade vivenciada;
- articulação constante da teoria com a prática cotidiana;
- valorização do conhecimento prévio dos participantes;
- busca de autonomia dos participantes, com ênfase no indivíduo cidadão.

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, e a relação entre esses dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, mas deverá ser uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional. O diálogo deve ser entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada. Nossos pressupostos se apoiam em Paulo Freire (1987, p. 34), no Documento Educação Popular em Saúde, em que o autor fala de alguns princípios que considerava fundamentais aos educadores e educadoras:

- Ninguém está só no mundo; todos os seres compartilham o mundo com outros seres.
- Estar com os outros significa necessariamente respeitar nos outros o direito de dizer a palavra.
- Só escuto na medida em que respeito inclusive aquele que fala me contradizendo.
- Desmontar a visão mágica de que todos devem perceber os problemas como eu percebo.
- Assumir a ingenuidade do educando respeitando e valorizando seu saber.
- A educação é um ato educativo e político, no qual o educador e educando colocam suas visões de mundo.
- O educador deve ser criativo e o ato de educar deve ser sempre uma aventura para educador e educando.
- Comece a reaprender de novo, iniciando um longo aprendizado com nossos interlocutores.

- Viver pacientemente, impacientemente. Para Freire, viver a relação paciência-impaciência é não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e no outro, recriar, reaprender de novo e, afinal, *fazer*. Assim é que se teria o poder de fazer com criticidade aquilo que se quer e que precisa ser feito.

Consideramos que as instituições de saúde e de ensino são fundamentais para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e crítica, na qual docentes e trabalhadores da saúde têm oportunidade de repensar suas atividades junto à população, reconhecendo que a mesma tem experiências próprias e um saber que deve ser levado em conta.

Para Vasconcelos, Grillo, Soares (2009, p. 7), a educação é entendida como a atualização histórica do homem e a condição imprescindível para que ele, pela apropriação do saber produzido historicamente, construa sua própria humanidade histórico-social. Entende-se, portanto, a educação como uma apropriação do conhecimento que possibilita escolhas conscientes e livres, em um dado momento e cenário histórico, implicando responsabilidade social, ecológica e política. Acrescentam que atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”, conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS.

Machado e Wanderley (2009), trazendo a questão da educação e da saúde para o SUS, referem que este apresenta como um de seus compromissos e como um grande desafio a necessidade de fomento às Políticas de Desenvolvimento para os trabalhadores que integram o cenário do SUS, propondo um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos valores, novos ideais e de novas lutas, para produzir mudanças de práticas, de participação social e de gestão.

Essa discussão nos leva a Educação Permanente em Saúde (EPS) e nos apoiamos em Vasconcelos, Grillo, Soares (2009, p. 22) ao colocarem que, no Brasil, EPS *foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas*. Essa estratégia considera o processo de trabalho como o lócus gerador de um aprendizado significativo, no qual a busca do conhecimento por parte dos profissionais e trabalhadores de saúde ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Considera que é no cotidiano que esses trabalhadores buscam temas para os quais necessitam de

aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer.

Assim sendo, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007),

“[...] A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.”

Do exposto podemos afirmar que a lógica da Educação Permanente em Saúde é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, e que visa promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

O conceito do quadrilátero da formação para a área de saúde nasce em 2003, e em sua imagem há a interseção entre o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social. Propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento técnico-profissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Torna-se importante essa noção quadrilátera para a política de formação, pois cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores singulares e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato e a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho (MERHY, 1998; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A noção de quadrilátero prevê ações de análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, na qual alunos, trabalhadores e usuários possam construir um sistema produtor de saúde e

não um sistema prestador de assistência, com diferentes atores ocupando lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. (CECCIM, 2005).

10 AVALIAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVOS	INDICADORES	RESULTADOS/METAS
<p>Buscar a integração interinstitucional (universidade, serviços e comunitária), de maneira a desenvolver nos trabalhadores e usuários uma nova postura que deixe de ser centrada no “eu” para ser ampliada para o “nós”, de modo que se percebam como agentes transformadores da realidade.</p>	<p>Número de instituições e de parcerias conseguidas para participar do projeto.</p>	<p>Ter pelo menos um representante da gestão da SMS e um representante de centros formadores de instituições públicas e particulares. Ter adesão de pelo menos três representantes das lideranças comunitárias e a participação de pelo menos 70% de trabalhadores.</p>
<p>Favorecer o resgate da cidadania dos participantes por meio de seu envolvimento com as questões locais ligadas à violência em sua manifestação de conflito armado, agregando as forças da comunidade, sejam elas religiosas, políticas ou voluntárias.</p>	<p>Número de reuniões realizadas; Número de participantes por reunião (de trabalhadores, de usuários, de lideranças da comunidade, de representantes da SMS e das instituições de ensino).</p>	<p>Idem ao anterior.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	RESULTADOS/METAS
Fomentar a discussão com os participantes sobre a temática, de maneira que descubram caminhos no enfrentamento da situação, na busca de uma melhor qualidade de vida e de trabalho.	Número de propostas sugeridas em cada encontro.	Idem ao anterior.
Desenvolver dispositivos capazes de ampliar os debates coletivos sobre a violência em sua manifestação de conflito armado, de maneira a favorecer o diálogo, o levantamento de problemas e a busca de estratégias.	Número de dispositivos utilizados para favorecer os debates em cada encontro (dramatização, questão provocativa, questionários, relato de um caso, etc.); Dispositivos que mais favoreceram os debates.	Idem ao anterior.
Favorecer que o instrumento Acesso Mais Seguro seja de conhecimento de todos os participantes e, além deles, do maior número de pessoas, de maneira a ampliar a proteção pessoal e familiar dos trabalhadores, usuários dos serviços e da própria comunidade.	Número de pessoas que, no início, conheciam o Acesso Mais Seguro; Número de pessoas que, depois de 6 meses da implantação do projeto, conhecem o Acesso Mais Seguro.	Idem ao anterior.
Utilizar os pressupostos e diretrizes da educação permanente em saúde para o desenvolvimento deste projeto.	Número de pessoas que conhecem os pressupostos da educação permanente em saúde. Número de pessoas que, depois de 6 meses da implantação do projeto, conseguem perceber a relevância da educação permanente em saúde.	Idem a anterior.

11 RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

11.1 HUMANOS

A critério da instituição proponente.

11.2 MATERIAIS

A critério da instituição proponente.

11.3 FINANCEIROS

- Serão da responsabilidade das instituições parceiras no que se refere aos materiais permanentes e material de consumo.
- O auxílio financeiro para o deslocamento dos profissionais para participarem dos encontros deverão ser buscados nas respectivas instituições.
- O espaço físico para os encontros deverão ser acordados entre as instituições participantes.

12 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Deve apresentar o tempo suposto para execução das etapas necessárias à realização do projeto. A ser elaborado no primeiro encontro pelos participantes presentes, definindo:

- a periodicidade dos encontros;
- a duração de cada encontro;
- o local que serão realizados os encontros.

Exemplifica-se abaixo algumas ações que deverão ser realizadas antes de iniciar os debates:

Ano/meses							
Ações:							
Reuniões com os representantes da SMS para apresentação do projeto e autorização para sua implantação.							
Reuniões com os líderes comunitários para discussão do projeto e definição de estratégias de implantação.							
Preparo de espaço físico.							

Aquisição de material permanente.							
Aquisição de material de consumo.							
Outros.							

13 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In. : L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 set-out [citado em 2017 dez 05]; 69(5):996-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

CECCIM B. R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

CECCIM, B. R; FEUERWERKER, M. C. L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

DIAS, M. A. E; CUNHA, F. T. S; AMORIM, W. M. Estratégias gerenciais na implantação do Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm, set-out, v. 58, n. 5, p. 513-8; 2005.

FIÚZA, Tatiana Monteiro, et al. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia saúde da família : conflitos de um grande centro urbano brasileiro. Revista Brasileira de medicina família comunidade. Florianópolis, v.6, n.18, p. 32-39, 2011.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Freire, FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCMAN, Selma et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública v.43. n.4. p. 682-688. 2009.

Machado CB, Daher DV. Violence in the area and its repercussions upon health care actions: descriptive-exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 [citado em 2016 mar 27]; 12 Suppl: 674-76. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4540>

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY Luciana Coutinho Simões. Especialização da Saúde da Família. Educação em Saúde. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br>. Acesso em fev. 2014.

MARINO, Leila M. M. Rangel; NOGUEIRA, Maria Angélica; FERREIRA, Caroline Dias. Investimento em Atenção Primária: uma revolução da saúde na Área Programática 5.3. Revista Saúde em Foco, SMSRIO, v. 1, n. 2, jul./dez. 2016.

MERHY, E. E. “A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: Campos et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo, Xamã, p. 103-120, 1998.

MONCEAU, Gilles. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. In.: L’ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. Análise Institucional & Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Moraes RCP, Anhas DM, Mendes R, Frutuoso MFP, Rosa KRM, Silva CRC. Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro [Internet]. 2017 jan./abr [citado em 2017 dez 05]; 15(1): 205-222. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00035>

Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2013 Abr/Jun [citado em 2017 nov 28]; 12(2):331-337. Disponível em: [10.4025/cienccuidsaude.v12i2.19643](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.19643).

Valença CN, Germano RM, Malveiram LMNA, Oliveira AG. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 nov/dez [citado em 2017 nov 28]; 22(6):830-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a17.pdf>.

VASCONCELOS, Mara:GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. Série. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Mód. 4. Práticas pedagógicas em saúde e tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade. Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

