

MAL-ESTAR NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E CUIDADO

MALAISE IN HEALTH TRAINING: REFLECTIONS ON HEALTH AND CARE

MALESTAR EN LA FORMACIÓN SANITARIA: REFLEXIONES SOBRE SALUD Y ASISTENCIA

Everton Stringheta Junior

Graduado em Psicologia - Bacharel e Licenciatura pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. Foi Bolsista pelo Programa Institucional de Iniciação a Docência - PIBID/Psicologia. Foi Bolsista pelo Programa de Ensino pelo Trabalho em Saúde - PETGradua- SUS. Pós-graduado em Teoria Psicanalítica e Psicologia Hospitalar pela Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicosocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS). Trabalhou como Psicólogo da equipe técnica em Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Foi residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD). Foi Gerente da Rede de Atenção Psicosocial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (RAPS/SES). Atualmente é Psicólogo no Hemocentro Regional de Dourados. É Psicanalista em formação membro no Ágora Instituto Lacaniano e realiza atendimentos clínicos particulares.

Conrado Neves Sathler

É psicólogo (com Formação Profissional e Bacharelado) pela Faculdade Salesiana de Filosofia Ciências e Letras de Lorena (1987), mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa (1998) e doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas (2008). Realizou Estágio de Pós-doutorado em Educação na Universidade São Francisco. É Professor Associado III da Universidade Federal da Grande Dourados onde atua no curso de Psicologia, na Residência Multiprofissional em Saúde e nos Programas de Pós-Graduação em Psicologia e no de Antropologia.

Maria de Lourdes Dutra

Psicóloga Clínica. Professora Visitante na Universidade Federal da Grande Dourados, tendo atuado como docente no Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD (Universidade Federal da Grande Dourados), no Programa de Pós Graduação em Psicologia e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (HU UFGD) de 11/2020 a 11/2022. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP , Participou do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior com bolsa CAPES na Universidade de Coimbra/Centro de Estudos Sociais nos períodos de 03/2016 a 09/2016 e 03/2017 a 09/2017). Graduada em Licenciatura Plena e Formação de Psicólogo pela Organização Santamarense de Educação e Cultura-SP (1986) Docente na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS (2018-2019). Atuou como Apoiadora Institucional/FIOCRUZ no Ministério da Saúde para implementação do Projeto QualiSUS-Rede na Região-tipo de Fronteira Internacional Brasil/Paraguai (11/2011 a 07/2015). Atuação profissional na área de Saúde Pública e Assistência Social desde 1987.

Resumo

Este ensaio, produzido por egresso e docentes de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, traz reflexões sobre as tensões nos cenários de prática hospitalares entre os paradigmas Biomédico, ainda hegemônico na assistência em Saúde, e a Clínica Ampliada preconizada como modelo de assistência e formação profissional de trabalhadora(e)s para o Sistema Único de Saúde. Analisamos os conceitos de Saúde e de Cuidado nesses paradigmas com o objetivo de apontar as dificuldades de deslocamento das práticas de cura e dos cuidados individuais para as intervenções comunitárias e territorializadas centradas nas ações de prevenção, promoção e educação em Saúde. Empregamos, para realizar essas análises reflexivas, o referencial da Saúde Coletiva e sinalizamos o lugar da Educação Permanente em Saúde como método apropriado para a produção de Saúde, com protagonismo da(o) usuária(o) e valorização de saberes nas equipes multiprofissionais e para formação de profissionais no modelo da clínica ampliada.

Palavras Chave: Equipe de Saúde Multidisciplinar; Política de Educação Superior; Saúde Coletiva.

Abstract

This essay, produced by graduates and professors of a Multiprofessional Health Residency program, reflects on the tensions in hospital practice settings between the Biomedical paradigm, which is still hegemonic in health care, and the Expanded Clinic advocated as a model of care and professional training for workers in the Unified Health System. We analyzed the concepts of Health and Care in these paradigms with the aim of pointing out the difficulties in shifting from healing practices and individual care to community and territorialized interventions centered on prevention, promotion and health education. In order to carry out these reflective analyses, we used the Collective Health framework and pointed out the place of Permanent Health Education as an appropriate method for producing Health, with the user playing a leading role and valuing knowledge in multi-professional teams and for training professionals in the extended clinic model.

Keywords: Multidisciplinary Health Team; Higher Education Policy; Collective Health.

Resumen

Este ensayo, elaborado por licenciado y profesores de un programa de Residencia Sanitaria Multiprofesional, reflexiona sobre las tensiones en los escenarios de práctica hospitalaria entre el paradigma Biomédico, aún hegemónico en la atención sanitaria, y la Clínica Ampliada recomendada como modelo de atención y formación profesional para los trabajadores del Sistema Único de Salud. Analizamos los conceptos de salud y cuidado en estos paradigmas con el objetivo de señalar las dificultades para pasar de las prácticas curativas y de cuidado individual a las intervenciones comunitarias y territorializadas centradas en la prevención, promoción y educación para la salud. Para realizar estos análisis reflexivos, utilizamos el marco de la Salud Colectiva y señalamos el lugar de la Educación Permanente en Salud como método adecuado para producir salud, con protagonismo del usuario y valorización del conocimiento en equipos multiprofesionales y para la formación de profesionales en el modelo de clínica ampliada.

Palabras clave: Equipo multidisciplinario de salud; Política de educación superior; Salud colectiva.

Introdução

Neste artigo abordamos tensões relativas aos conceitos de Saúde e de Cuidado na experiência de formação em Saúde em cursos de pós-graduação. Buscamos revisar esses conceitos e as relações envolvidas na permanência do paradigma biomédico como discurso hegemônico em Saúde (Pires & Braga, 2009; Gamarra, 2019), bem como analisar as resistências à ampliação das noções de Saúde e de Cuidado durante o percurso formativo, tendo como cenário as instituições hospitalares e percorridas por nós, egresso e docentes, em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (doravante RMS).

Assim, partimos de experiências em cenários de prática e de discussões teóricas proporcionadas pela RMS, com ênfase em Atenção Cardiovascular, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD). A RMS é composta por equipes de profissionais de Psicologia, Enfermagem e Nutrição, em todas as ênfases, com acréscimo de fisioterapeutas para equipes de Saúde Materno-Infantil. As vivências e trocas de saberes suscitaram inquietações e estimularam a construção dessa narrativa.

A RMS é uma das estratégias de formação de profissionais no e para o Sistema Único de Saúde (doravante SUS). As RMSs são regulamentadas pela Lei nº 11.129 de 2005. Essa lei institui as Residências em Área Profissional de Saúde e também a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Brasil, 2006).

Levando-se em conta a RMS ser um programa de formação multiprofissional inserido no SUS, baseado em princípios e diretrizes que ensejam um conceito integral e ampliado de Saúde e, por conseguinte, de Cuidado, indagações permeiam a trajetória de formação e direcionam nossa análise: existem outros conceitos de Saúde e de Cuidado presentes no âmbito da RMS? O olhar sobre sujeita(o)s e práticas de Cuidado mudam conforme mudam os conceitos? Sempre que se faz assistência se produz Saúde? Como ir além do Cuidado das doenças, abrangendo sujeita(o)s, sofrimentos e contextos?

A compreensão de Saúde, no contexto do SUS, passou por processos sociais e políticos que culminaram em uma concepção de ser a Saúde

um direito universal a ser alcançada por meio de programas e ações de promoção e assistência integral, conforme previsto na Constituição de 1988. Dessa forma, foram superados os modelos curativos e intensificadas as discussões sobre modos de produção de Saúde e Cuidado no âmbito das Políticas Públicas (Sobreira, Abilio & Ortiz, 2016). Assim, desde sua criação e implantação, o SUS foi projetado como sistema ampliado nos conceitos de Saúde e de uma clínica com acesso universal em rede descentralizada de base comunitária e territorial, em níveis de complexidade de atenção com ações e serviços que visam integralidade e equidade em atuações articuladas, compartilhadas, multiprofissionais e interdisciplinares (Ferreira & Soares, 2021).

De acordo com Dimenstein (1998), novas concepções de Cuidado em Saúde foram construídas e passaram a privilegiar a assistência multiprofissional e o contexto local com ênfase na Promoção de Saúde e na Prevenção de Doenças e Agravos. Todavia, as mudanças propostas com os princípios e diretrizes do SUS geram tensões e expõem contradições que parecem de superação distante, a assistência em ato é ainda desafiadora. O aprisionamento daquela(e)s que praticam o Cuidado em um hiato entre o prescrito e o real do trabalho impede a total superação do modelo biomédico que ainda domina o modo de realizar o Cuidado. O real do trabalho, para Dejours (2007:29) é “definido como tudo que resiste ao conhecimento, ao saber, ao *savoir-faire*, ao domínio”. Nesse contexto, compreendemos o trabalho prescrito como o preconizado pelo SUS, de superação das antigas ideias de que o sofrimento precisa estar etiquetado com o nome de uma doença, de ser necessária a neutralidade profissional e de que a superespecialização desejada no antigo modelo impede o olhar integral. O trabalho prescrito espera que a(o)s trabalhadora(e)s da Saúde ofereçam o Cuidado compreendendo que o mal-estar de quem procura assistência não encobre a necessidade de reconhecimento das diferenças subjetivas e suas respectivas demandas, superando o desamparo em uma rede de sentidos quando não se efetiva a nomeação de uma patologia ou diagnóstico e não individualiza o sofrimento originado no coletivo (Carreteiro, 2001).

Tendo em vista o cenário de distanciamento entre o Cuidado ofertado e as necessidades da(o)s usuária(o)s dos serviços, evidenciamos um dos desafios impostos ao campo da Saúde: - a necessidade de construção de uma formação profissional ampliada que se comprometa a lançar um olhar sobre o campo da Saúde considerando sua complexidade. As profissões do campo da Saúde devem estar preparadas para considerar a realidade de modo que a(o)s profissionais inseridas(o)s no SUS sejam preparada(o)s para o trabalho em equipe para além da assistência biomédica à doença, abarcando aspectos subjetivos, sociais, políticos, culturais, espirituais etc., por meio de uma prática integral de Cuidado (Coêlho & Macêdo, 2020).

Entretanto, possibilitar uma abordagem integral e complexa na preparação de profissionais para o SUS prescinde de integração entre as dimensões ensino e serviço, integração que vai além da ocupação de espaços comuns no momento da assistência, mas que seja organizada de forma que visões, princípios, currículos e práticas de cuidado componham o amálgama que vai preparar a(o)s profissionais para o exercício do Cuidado. Essa prática do Cuidado deve considerar as necessidades de cada território para, dessa forma, realizar a aproximação necessária ao desenvolvimento de uma formação crítica e contextualizada, da(o)s (pós)-graduanda(o)s na rede de Saúde.

Búrigo *et. al.* (2006) ressaltam que a história de construção das RMS tem origem na própria Reforma Sanitária Brasileira (doravante RSB), período da proposição de mudanças do modelo assistencial e de formação em Saúde que culminaram na 8^a Conferência Nacional de Saúde (8^a CNS), em 1986, e embasaram a Constituição de 1988, gerando as condições de origem do SUS, com suas Leis Orgânicas (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90). Outro marco foi a 12^º Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2003, que propôs a construção de políticas de formação para profissionais de Saúde, gerando a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, por meio da Portaria 198, de 2004, que coloca a RMS como um dos eixos formativos.

Todavia, Carvalho e Gutiérrez (2021) constatam que, desde a criação do SUS, os pressupostos de formação em Saúde ainda não concretizaram seu potencial. As autoras identificam três desafios: 1) pensar articulações entre atenção e formação que valorizem os diferentes saberes no cotidiano dos serviços de Saúde de modo compartilhado; 2) inserir “atos educativos na vida, nas experiências com a Saúde e a doença” (p. 2018) diante de casos reais e do (re)conhecimento dos “saberes circulantes na experiência dos atores” (p. 2018); 3) construir processos formativos em um paradigma de humanização e “produção de atos Cuidadores, de responsabilização e implicação com as necessidades de quem se cuida” (p. 2018).

Diante dessas considerações e desafios, identificamos a necessidade de revisar discursivamente os conceitos de Saúde e Cuidado à luz da experiência de formação multiprofissional, analisando como estão postos e quais as relações imbricadas nesses processos de ensino-aprendizagem e de Cuidado à Saúde das(os) usuárias(os) do SUS. Isso porque, apesar das avaliações já publicadas, é preciso compreender como esses desafios acontecem no cotidiano da formação, território da experiência dos conflitos.

4

Sobre as concepções de Saúde-Doença e Cuidado

A literatura aponta as dificuldades de se estabelecer um conceito de Saúde, ainda que seja de fundamental importância uma formulação que assimile conceitual e historicamente sua complexidade (Souza e Silva, Schraiber & Mota, 2019). Na bibliografia analisada por essa(e)s autora(e)s foi verificado que muitos textos abordam à Saúde articulada à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de completo bem-estar biopsicossocial. Nessa abordagem fica evidenciado o privilégio da dimensão individual, sem necessariamente refletir como a Saúde e o Cuidado se articulam em uma sociedade com contradições, diversidades e desigualdades, de modo que esses estudos abordam a Saúde mais como uma noção alternativa à definição biomédica de Saúde, sem se configurar como um conceito propriamente dito.

A experiência na RMS em território habitado pela população indígena e atravessado por demandas de Saúde e de Assistência Social nos ajuda a aprofundar as discussões acerca das Políticas Públicas que nos impelem às (des)aprendizagens e outras construções políticas e assistenciais que tocam as fronteiras abissais desde as concepções de Saúde até a Saúde em ato, a gestão, o controle social e a formação profissional (Dutra & Sathler, 2022; Faria & Martins, 2023; Lopes & Sathler, 2022).

Entre os trabalhos dedicados ao estudo do movimento sanitário e das proposições do conceito de Saúde no contexto brasileiro, Paim (2008, p. 154-155) revisita o Relatório Final da 8^a CNS (1987) e demonstra que a RSB, enquanto projeto, propôs uma reforma que vai além de mudanças no setor da Saúde no que tange à estrutura, à administração e ao financiamento, pois buscou também uma “reformulação mais profunda, ampliando o próprio conceito da Saúde”.

As origens das concepções de Saúde que fundamentam a proposta da RSB datam da década de 1970 e foram baseadas na Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*, Medicina Preventiva e Medicina Social, sintetizadas na seguinte compreensão:

Considera-se Saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A Saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico (Silva, 1973, p. 31-32 como citado em Pain, 2008, p. 164-165).

Desse ponto de partida, outras produções passaram a expandir o cenário teórico acerca da Saúde. Com a concepção de Saúde mais calcada em Determinantes Sociais da Saúde (DSS), o princípio da equidade ganha relevância nas intervenções voltadas à Promoção de Saúde uma vez que os atravessamentos de Saúde, Morte e Qualidade de Vida se tornam derivadas da capacidade de transformação social para distribuir com justiça as condições necessárias à informação e ao acesso à prevenção de doenças e agravos (Mehry *et al*, 2023). Assim, a produção de Saúde passaria a ser a produção da vida em outras bases.

Estudos compreendem que o conceito apresentado por Canguilhem contribui com o campo da Saúde na medida em que expressa que “não há uma definição quer de doença, quer de Saúde fora da normatividade social, como um abstrato genérico e universal independente da realidade social e histórica”. Diante disso, podemos afirmar que não há a possibilidade de uma definição de Saúde e doença “pela tomada do normal e do patológico com base nas regularidades anatômico-funcionais da biomedicina” (Souza e Silva, Schraiber & Mota, 2019, p. 11-12).

Canguilhem (2020) defende ser o próprio sujeito o ponto de referência sobre o começo da doença, pois é ele que sente as limitações e sofre as consequências na relação com o meio (biopsicossocial, político, cultural etc.). Isto é, para este autor, não é a média (o normal) como coerção coletiva que determina o que é patológico, mas sim as relações que estão em jogo:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de normativo em determinadas condições pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado (Canguilhem, 2020, p. 126).

Dessa forma, Canguilhem (2020) assevera não haver patológico ou anormal *a priori*, mas que a doença só pode ser apreendida em uma perspectiva relacional. Isso quer dizer que o adoecimento se dá na relação do sujeito com a vida, entes e situações do entorno, com os meios ambiente, social, cultural e político. Nesse mesmo sentido, é possível aproximar esse pensamento à ideia de uma “composição de simultaneidades entre as noções de Saúde e doença, de normal e patológico” (Biatto, Leão & Monteiro, 2020, p. 12).

Além das concepções de Saúde, para esse estudo é necessária uma breve revisão da noção de Cuidado e suas implicações na assistência. O senso comum define Cuidado como conjunto de práticas e técnicas que visam restabelecer a Saúde Física dos indivíduos, geralmente determinado e prescrito por profissionais àquela(s) que necessitam. Todavia, há de se ir além dos protocolos e exercer uma clínica que abranja a complexidade (Franco & Hubner, 2019).

Em seus estudos sobre o nascimento da clínica médica, Foucault (2011) constatou seu surgimento a partir do olhar sobre o corpo com suas nuances de cores, texturas e formas. Por ter sido instituída nessa discursividade, a clínica médica versa sobre a massa do corpo humano em sua multiplicidade física.

Franco e Hubner (2019) apontam que a clínica biomédica é hegemônica no campo de produção de práticas, conhecimentos científicos e na formação profissional. Com o uso de referenciais teóricos como a Saúde Coletiva e o dispositivo da biopolítica, de Foucault, esses autores chamam a atenção para os problemas da medicalização e disciplinarização da vida, pois assim “as práticas em Saúde se constituíram de forma que o saber científico e a explicação biológica se colocaram hegemonomicamente como explicação única para os sofrimentos humanos” (p. 94), bem como para os modos de cuidar.

A temática do Cuidado tem sido alvo de discussões sobre humanização e integralidade em torno da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde (PNH), que preconiza a relação inerente entre Cuidado e Gestão (Benevides & Passos, 2005, como citado em Bastumante & Mccallum, 2014).

Figueiredo (2014), contribui com esse campo ao elaborar um esboço teórico que integrou práticas de Cuidado e Saúde. Esse autor situa o Cuidado em um campo geral de ofícios e preocupações nas quais a (inter)dependência da(o)s sujeita(o)s é um fato. Nesse sentido, há uma inexorável ética do Cuidado que no âmbito da Saúde demanda articulação de interfaces para a produção de saberes e práticas integradas e integradoras, pois o agente Cuidador é um agente social (Figueiredo, 2014).

Em outra perspectiva, Merhy (2013) chama a atenção para a “dimensão ético-política do processo institucional” (p. 15) e individual do trabalhador de Saúde. Isso porque, implicado nisso ou não, o trabalhador de Saúde é dotado de um “autogoverno” durante a relação com o outro do Cuidado e põe em ação seus saberes e práticas numa produção de Cuidado “privatizado e fragmentário, ou não, dependendo centralmente do modelo de atenção” (p. 15).

É essencial, então, conceber que o Cuidado em Saúde acontece em um encontro entre sujeita(o)s, com as características próprias desse campo relacional. De um lado, há a(o) usuária(o) com necessidades formuladas em uma demanda de Saúde, de outro há a(o) profissional com um “saber-fazer tecnológico, produtor de Cuidado em Saúde para o outro”, numa “mútua produção em ato micropolítico” (Merhy, 2013, p. 142-143). Essa relação de Cuidado em Saúde, no que cabe à(ao) profissional, põe em ação três arsenais tecnológicos denominados tecnologias duras, leve-duras e leves.

Com isso, Merhy (2013, p. 53) afirma que parte da crise do setor da Saúde não reside na falta de conhecimento tecnológico ou de práticas assistenciais, mas do não reconhecimento da(o)s usuária(o)s por parte da(o) trabalhadoras(e)s. O autor afirma que os avanços científicos no campo da Saúde são suficientes, mesmo assim não atendem às demandas da(o)s usuária(o)s. Ocorre que a(o)s usuária(o)s denunciam a falta de disposição e responsabilização dos serviços em torno de suas demandas, “sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”.

Assim, Merhy (2013) demonstra que a crise do paradigma atual – hegemônico, médico-centrado – traz marcas observáveis no cotidiano do trabalho em Saúde. Dentre elas, destaca o distanciamento entre a(o)s própria(o)s trabalhadora(e)s e, também, em relação à(ao)s usuária(o)s. Essa postura acarreta desconhecimento e negação de outros saberes e práticas (profissionais e populares), além da centralidade nas tecnologias duras e na produção de procedimentos que “alimentam-se de uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma” (p.58).

Dito isso, estendemos esses mesmos processos para a formação em Saúde que é também atravessada por essas relações de oposição e dominação. Esses conflitos são caracterizados como um “mal-estar nas organizações de Saúde” (Sá, 2001, p. 152), mal que gera sentimentos de “perplexidade, impotência e muito sofrimento” (p. 152) à(ao)s usuárias(o)s e trabalhadora(e)s. Isso indica a necessidade da abordagem interdisciplinar no “papel dos processos subjetivos/intersubjetivos” (p. 152) e nas instituições de Saúde. Nesse mesmo caminho, Onoko Campos (2021) afirma que esse mal-estar evidencia, entre outros problemas, a questão da formação técnica e dos modos de circulação de poder nas instituições.

Onocko Campos (2021) chama a atenção para a seguinte peculiaridade desse trabalho: “Ser um trabalhador da Saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho, constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas” (p. 577). Isso ocorre por ser O mal-estar uma herança do pensamento que liga a especialidade ao especial ou essencial, ao ato especialmente preparado e dirigido a um trabalho essencial e insubstituível. O coletivo dilui o poder e a gratificação pelo Cuidado realizado.

Como advertem Camilo *et al* (2021) e Schimith *et al* (2013) no Cuidado do outro há possibilidades de repetições e recorrências de estratégias e táticas também produtoras de colonização. Isto é, as práticas podem refletir a ideologia neoliberal, responsabilizar as subjetividades pelas mazelas e reafirmar as

condições de precarização da vida e das relações de trabalho e, ainda, objetificar a(o)s usuária(o)s, generalizando condutas em substratos patriarcais, racializados e generificados. Mattos (2010), nesse sentido, nos alerta:

Isso envolve abandonar a pretensão do conhecimento científico de indicar o que é melhor, mas envolve o reconhecimento de que esse conhecimento é de grande importância para balizar a oferta de propostas de intervenção que fazemos a outros sujeitos, na perspectiva de defesa da vida. Envolve também a idéia de que esse conhecimento, para ser útil na perspectiva do cuidado integral, precisa ser traduzido e confrontado com outras formas do conhecimento, a começar por aquelas formas não científicas de conhecimento, decorrentes da própria experiência da vida, visando à produção de uma fusão de horizontes quanto ao projeto terapêutico emancipador (Mattos, 2010, p. 350).

Com essa recomendação, compreendemos que o conhecimento técnico-científico não deve ser tomado com um instrumento a favor da medicalização e disciplinarização da vida, mas elemento fundamental para nos livrarmos da industrialização acrítica da Saúde. Esse movimento crítico, associado à escuta da(o)s usuárias(o)s pode nos conduzir a uma integralidade mais sensível e resolutiva.

O Cuidado e o processo de formação de profissionais de Saúde - A organização do Cuidado como fuga da dualidade Saúde-doença

A partir dos referenciais teóricos analisados, evidenciamos que os debates giram em torno do binômio Saúde-Doença nas perspectivas subjetivas, biológicas e das Determinantes Sociais de Saúde, pois apesar dos avanços teóricos, na prática, o modelo biomédico, curativista e medicalizante ainda é dominante. Dessa forma, buscar a compreensão dos modos como se realizam as práticas de Cuidado em Saúde e quais fatores impactam

sua organização parece ser um caminho para superação desse modelo. Essa compreensão não deve estar a serviço da dualidade Saúde-doença, mas propiciar deslocamentos do debate para, ao analisar as relações implicadas no Cuidado, ampliar os conceitos de Saúde e Cuidado impactando tanto a formação profissional quanto o cenário assistencial.

Ao circularmos pelos corredores dos serviços de Saúde nos quais a(o)s residentes, professora(e)s, usuária(o)s e profissionais efetiva(o)s e temporária(o)s estabelecem as dinâmicas que orientaram seus fazeres, constatamos as contradições no campo da Saúde brasileira. Embora o campo da Saúde tenha promovido avanços em termos de princípios, ainda são predominantes práticas excludentes de Cuidado e indiferentes à vida, à dor e ao sofrimento, afetando o modo como as noções de Saúde, Doença e Cuidado são experimentadas na formação, no fazer e no receber assistência.

Há aspectos das relações nos contextos de Saúde ainda pouco explorados, a saber: os modos como subjetividades e relações institucionais atravessam o cotidiano do processo de formação em Saúde e também seu inverso, o modo como o cotidiano dos serviços, pautados principalmente por tecnologias duras (Mehry, 2000), atravessam e constituem subjetividades fadadas a realizar a reprodução de práticas de Saúde questionáveis quanto à eficácia. Defendemos haver duas funções na ampliação do conhecimento desses processos e práticas: uma na produção de Saúde da(o)s usuária(o)s e outra na produção de trabalhadora(e)s da Saúde.

Assim, vislumbramos um caminho para alargar as discussões sobre a ampliação da clínica e das concepções de Saúde. Acreditamos que a análise na perspectiva do Cuidado e dos processos intersubjetivos gerados em sua produção pode contribuir para a compreensão dos impactos da “máquina” biomédica, das relações de poder e da ausência de diálogo entre as especialidades que compõem os serviços. Essa ampliação pode promover eficácia do Sistema de Saúde, além de promover ensino voltado ao desenvolvimento de práticas mais integradas em Saúde.

Pensar Saúde e Cuidado partindo da experiência concreta, agora em um programa de pós-graduação nos moldes de ensino em serviço do SUS e para o SUS é a extensão de uma trajetória iniciada há longa data. As políticas de ensino em Saúde do SUS visam preparar profissionais produtora(e)s de práticas de Saúde e Cuidado orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS e que repensem seus conceitos e suas aplicações na direção da integralidade e da ampliação da clínica.

Com essas motivações ponderamos ser necessária uma *trans-formação* nos processos de formação em Saúde, tornando-os pedagógicos ao ponto de serem capazes de produzir olhares singulares e inovadores. Concordamos com o filósofo francês Michel Serres (1995) que afirma que todo “espaço social”, todo “espaço de relações sociais” se constituiria e operaria um pouco como um “espaço pedagógico”. Logo, possibilita transformações.

Disputas por um conceito de Saúde ou por um modo de atuar em Saúde: qual impacto na subjetividade de trabalhadora(e)s dos discursos reducionistas?

Ainda não circula um conceito de Saúde que dê conta de sua complexidade e, talvez por essa razão, há no campo das práticas outro fator que impacta o modo como se dá o processo formativo em Saúde, - a disputa por um conceito de Saúde ou por um modo de atuar em Saúde -. Essas disputas evidenciam um campo atravessado por relações de poder. Impossível não considerar que essas relações micropolíticas do campo de trabalho em Saúde não impactem as subjetividades e não delineiem os processos de formação em Saúde. Certamente, as subjetividades que experienciam o fazer do Cuidado em Saúde mediados por estruturas organizacionais e micropolíticas são atravessadas por determinações que (de) limitam suas possibilidades de ação. São essas(es) profissionais assistidas(os) que se movem em um campo estruturado por uma série valores, conhecimentos, tecnologias e protocolos (Cecílio, 2009). Entretanto, essas

características organizacionais não têm permitido trocas significativas suas equipes multidisciplinares, quase sempre organizadas de modo a privilegiar a atuação exclusiva do seu campo disciplinar. Desse modo, a(o) profissional não pode se expressar e tampouco compartilhar ou se identificar com o outro que está participando da mesma dinâmica de cuidado. Essa estruturação além de não permitir a constituição de equipes, não possibilita o trânsito de saberes entre sujeitos e coletivos nos serviços de Saúde, limitando as trocas criativas, empáticas e de conhecimentos entre profissionais e também não permite o contato com a dinâmica das(os) usuárias(os) do o cuidado em Saúde (Miranda, 2013). Esse espaço que poderia servir ao enriquecimento e à transformação coletiva passa a servir, então, à manutenção de discursos e saberes dominantes no campo da Saúde, e fora dele, prevalecem as práticas curativistas e medicalizantes sem possibilidade de construção de outras dimensões do trabalho em Saúde. Sem criatividade e sem ampliação dos cuidados, prevalece a hierarquização que mantém no topo as tecnologias duras.

Sendo assim, como deslocar a discussão para além da polaridade Saúde-doença? Qual(is) efeito(s) gerado(s) na formação baseada nesse discurso reducionista e fragmentário? Como instituir no processo de ensino-serviço práticas que visam não só a cura, mas também a produção de Saúde e Cuidado?

A não ampliação do conceito de Saúde serve à produção de uma determinada subjetividade ligada a um sistema de discursos hegemônicos, relações de poder e saberes curativos e medicalizantes. A produção dessa subjetividade se dá ainda que seja vivenciado um mal-estar no campo de formação e assistência à Saúde, pois há uma tensão permanente entre os discursos que buscam a superação do modelo biomédico. Assim, a superação desse mal-estar diante de tantas concepções de Saúde parece estar relacionada à produção de um Cuidado em Saúde que também seja múltiplo e ampliado.

A organização do Cuidado em Saúde como o encontro entre sujeitos.

Diante dos desafios colocados, é inegável a necessidade de superação dos modelos de Educação e de produção de Cuidado em Saúde caracterizados por ser gerar mal-estar subjetivo, seja em profissionais, usuária(o)s ou familiares. É preciso admitir que os serviços de Saúde têm produzido sofrimento, pois o exercício profissional por especialistas contratados em modelo biomédico tendem a privilegiar as tecnologias duras e leveduras em detrimento do protagonismo da(o) s usuária(o)s. Na RMS é possível identificar esse sofrimento durante aulas, supervisões e relatos de casos em acompanhamento. Nesse processo, evidenciamos os lugares ocupados por profissionais e usuária(o)s além do modo como se dá a organização do cuidado em Saúde.

O contexto hospitalar representa um desafio constante, pois envolve a interação de profissionais de Saúde, usuária(o)s e familiares em situações extremadas em um espaço que se constitui, majoritariamente, pelas tecnologias duras – equipamentos e procedimentos protocolares, e pelas tecnologias leve-duras das relações hierárquicas entre profissões e especialidades. No hospital se alega haver ausência de tempo para compreender a complexidade da vida, ainda que esta complexidade determine o como se desenvolve a doença e também o território onde vive(rá) a(o) usuária(o).

É nesse descompasso entre a organização do cuidado hospitalar e a complexidade da vida e dos territórios que parece estar o ponto para reflexão sobre as fronteiras que delimitam os espaços de saúde. Consequentemente, para também apresentar interações variáveis e, em alguns casos, apresentar interações que impedem o diálogo sobre o que deveria ser considerado um *continuum* da vida, ainda que em diferentes temporalidades e espacialidades, é necessário que se reconfigurem experiências de Saúde-Doença que impactam a toda(o)s (Silveira, 2005; Araújo, Bellato e Hiller, 2011).

Quando tocamos nessa fronteira, há a necessidade de explicitar quais perspectivas estão colocadas de cada lado dela – uma macro, do Sistema de Saúde, com seus recursos, e

uma micro, de usuárias(o)s e familiares que empreendem diversos recursos materiais, simbólicos e temporais e, além disso, percorrem itinerários terapêuticos diversos na perspectiva de não ruptura do *continuum* da vida, ainda que a doença esteja presente. Cecílio (2006) afirma ser necessário analisar essas dimensões “macro” e “micro” para identificar como elas se implicam mutuamente e quais as repercussões na prática do Cuidado em Saúde. O autor considera, ainda, haver impactos tanto no campo da micropolítica – modo como organizamos nossas práticas para nos relacionar com as subjetividades que buscam os serviço –, como na macropolítica, – o modo como ocorre a organização dos processos de trabalho, gestão, planejamento e elaboração de saberes e práticas em Saúde –. Sob essa perspectiva talvez seja possível identificar, ao menos em parte, razões do mal-estar no campo da Saúde e em maior medida nos espaços hospitalares: existem, de fato, barreiras para uma aproximação genuína com a(o)s usuária(o)s?

Consideramos haver um *continuum* entre o antes e o depois de uma hospitalização na busca de equilíbrio entre Saúde e Doença e a macropolítica da Saúde, quando organizada de modo prescritivo, não considera a interação entre contextos, territórios e usuária(o)s. Nesse modo de funcionamento, o encontro entre sujeitos para a produção do Cuidado em Saúde não ocorre e qualquer tentativa de superar as fronteiras ou dar-lhes porosidade (de modo a permitir as trocas entre profissionais ou desta(e)s com usuária(o)s) são fatores geradores de mal-estar, essa macropolítica espera que toda(o)s se mantenham nos papéis por ela pré-estabelecidos.

Essa dinâmica de serviços de Saúde, principalmente dos hospitalares, está atravessada por forças institucionais que determinam onde, quem e como o poder deve ser exercido. Entretanto, refletir sobre o modo como se dá a formação profissional pode lançar sobre esse cenário alguma luz que leve a pensar a realização do Cuidado como um encontro entre sujeita(o)s, uma vez que esses fazeres não têm possibilitado vivências que transcendam às dicotomias Saúde-Doença e Serviços de Saúde-Comunidade.

Embora a organização do Cuidado seja um desafio para o SUS, é no ambiente hospitalar que essa complexidade se torna mais visível. A rede de interações envolvendo profissionais de diversas áreas: residentes, estudantes, profissionais, professora(e)s e usuária(o)s e familiares, necessita criar mecanismos que possibilitem atender as necessidades de Saúde desse complexo. Uma das propostas do Ministério da Saúde para desenvolver a troca de saberes e atualização de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento das instituições e o exercício das melhores práticas na área é a Educação Permanente em Saúde (EP). A EP, desde seu princípio, propõe que o percurso de formação se dê em parceria e não isoladamente, envolvendo relações de troca entre todos atores sociais que participam do processo de cuidado, essas trocas ocorrem em momentos marcados com a finalidade de dialogar sobre como o cuidado é executado, sua dinâmica, seus entraves, a participação de cada sujeita(o) e as diretrizes que conduzem o modo como o Cuidado acontece. Nesse encontro, além de elencar os possíveis desafios, a equipe tem o papel propor caminhos para a superação das dificuldades. Para analisar o modo como o Cuidado é executado, as discussões devem ou deveriam considerar também as necessidades, valores e preferências daquela(e)s que adentram aos serviços necessitando de cuidados em Saúde (Brasil, 2005). A troca de experiências, discussões e reflexões sobre casos complexos e a participação em atividades práticas são propostas da EP que contribuem para o desenvolvimento das habilidades técnicas e profissionais para que a oferta de cuidados ocorra. Outro pressuposto da EP é a existência de um espaço de diálogo interdisciplinar e de colaboração entre as diferentes áreas da Saúde por meio dessas vivências, buscando a superação de uma visão de Saúde multifacetada e a construção de uma visão integral do ser humano.

Consideramos necessário responder algumas perguntas se tivermos o objetivo de superar o paradigma da medicalização e disciplinarização da vida e considerar de fato o binômio Saúde-Doença: como é possível organizar a Assistência

em Saúde sem dialogar com a realidade do entorno dos serviços? Como não considerar as vivências, saberes e necessidades da(o)s usuárias(o)s dos serviços?

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, por exemplo, reconhecendo a necessidade de superar o modo prescritivo das relações entre profissionais e usuária(o)s dos serviços, propõe o diálogo com a comunidade e a valorização dos saberes populares na promoção da Saúde coletiva (Pedrosa, 2021). Então, além das relações que ocorrem no ambiente hospitalar e outros serviços de Saúde; é necessário repensar a relação com a população para a qual se destinam os serviços, permitindo trocas nas fronteiras entre comunidade/ saberes populares e unidade de Saúde/modos de cuidar da Saúde.

Considerações Finais

A organização do Cuidado em Saúde como encontro entre sujeita(o)s nos serviços de Saúde é um processo multifacetado que requer a integração de diferentes atores sociais e abordagens. Consideramos que parte da crise do setor da Saúde reside principalmente no não reconhecimento da(o) usuária(o)s por parte da(o)s profissionais da Saúde e pela dificuldade de trocas entre estes, prevalecendo as relações de poder. Não há falta de conhecimentos científicos no campo da Saúde, mas há falta de responsabilização e disposição para atender as demandas da(o)s usuária(o)s. O modo prescritivo

como os serviços e relações estão estabelecidos parece limitar as possibilidades de relação entre aquela(e)s que realizam o cuidado, característica do paradigma biomédico. Este certamente é um dos fatores geradores do mal-estar nos serviços de Saúde em geral, mais fortemente observados nas unidades hospitalares.

A Educação Permanente em Saúde pode desempenhar um papel chave para repensar a forma de organizar o Cuidado e a atualização e participação da(o)s profissionais de Saúde no processo de gestar uma unidade de Saúde, permitindo que esta(e)s se integrem para buscar a superação dos desafios do sistema de Saúde.

Para além do espaço das Unidades de Saúde consideramos a necessidade de aproximação com a comunidade do entorno por meio da Educação Popular, esta permite que os conhecimentos e as necessidades da(o)s usuária(o)s dos serviços sejam considerados na organização do Cuidado em Saúde.

Deste modo, nos parece necessária a superação daquilo que se apresenta como dicotomia entre o modo como os serviços estão organizados e o objetivo final destes – realizar o Cuidado –, para isso devemos levar em conta perspectivas que valorizem a dimensão relacional envolvendo toda(o)s que, de algum modo, ocupam os espaços nos quais o Cuidado é realizado, pois estes são centrais dos processos de/na área da Saúde.

Referências

- Araújo, L. F. S., Belatto, R. & Hiller. M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: Pinheiro, R.; Martins, P.H. (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: uma avaliação multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: EdUFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde.2005.
- Bustamante, V. & Mccallum, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qPj6NNzqZ3vtYBmvffJdvLr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 Mai. 2022.
- Camilo, C. et al. Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, p. e210023, 2021.
- Canguilhem, George. *O normal e o patológico*. 7º ed. Rio de Janeiro. Forense, 2020.
- Carretero, T. C. A. A doença como projeto: uma contribuição a análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: Sawaya, S. (Org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicosocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis. Vozes. 2001.
- Carvalho, M. A. P. & Gutiérrez, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 26, v. 6, p. 2013-2022, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rvRhMTdQZyNKR6k6KbQS8B/?lang=pt>. Acesso em: 07 Abr. 2022.

- Cecílio, L. C. As necessidades de Saúde como conceito estruturantes na luta pela integralidade e equidade na atenção à Saúde. In: Pinheiro, R.; Silva Junior & A. G.; Mattos, R. A. de (Orgs.) *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos e práticas avaliativas em Saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. P. 167-185.
- Coelho, I. P. & Macêdo, M. A. Competências e formação em Psicologia: diretrizes para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia, Diversidade e Saúde*. v. 9, n. 2, p. 132-149, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2794>. Acesso em: 18 Out. 2021.
- Dejours, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro. FGV. 2007.
- Dimenstein, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos em Psicologia* (Natal), v. 3. N. 1, p. 53-81, 1998.
- Dutra, M. L. & Sathler, C. N. Formação e Gestão para o SUS: um desafio ético-político para a Psicologia. In: Quinhones, J. G.; Lopes, R. (Orgs.). *Ética e Psicologia: reflexões na pandemia e para além dela*. Curitiba: CRV, 2022. p. 93-108.
- Faria, L. L. de & Martins C. P. "Terra é vida, despejo é morte": Saúde e luta Kaiowá e Guarani. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 42, p. e245337, 2023.
- Ferreira, I. S. S. & Soares, C. T. Residência Multiprofissional em Saúde e Formação de Psicólogos para o SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/9R66dMqRcg5HRscvFzS5hm/>. Acesso em: 18 Out. 2021.
- Figueiredo, M. F. S.; Rodrigues-Neto, J. F. & Leite, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em Saúde. *Rev Bras Enferm*. n. 63, v. 1. p. 117-121. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100019> Acesso em: 18 Abr. 2022.
- Franco, T. B. & Hubner, L. C. M. Clínica, Cuidado e subjetividade: afinal, de que Cuidado estamos falando? *Saúde Debate*, v. 43, n. 6, p. 93-103, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JtdgQDjyVqVDtMJ5K6bhq/?lang=pt>. Acesso em: 18 Abr. 2022.
- Gamarra, T. P. das N. Conceitos de Saúde e doença: análise das tendências em teses e dissertações brasileiras. *Arquivos de Ciências da Saúde*. UNIPAR, v. 23, n. 1, p. 49-55, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979975>. Acesso em: 23 Nov. 2021.
- Landi, L. C. M.; Baptista, T. W. F. & Nogueira, C. O. Sobre Cuidados em Saúde em um hospital geral. *Interface*, v. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gQM65xVntSXX9vFWZ6hhqm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 Jun. 2022.
- Lopes, D. C. & Sathler, C. N. O papel da(o) psicóloga(o) na Saúde de Indígena. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 42, p. e240841, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003e240841>. Acesso em: 27 Out. 2023.
- Machado, M. H. & Ximenes, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1971-1979. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>>. Acesso em: 27 Out. 2023.
- Mattos, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: Matta, G.C.; Lima, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2010. p. 313-352
- Medeiros, N. M. H. *Educação permanente em Saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2015.
- Merhy, E. E. et al. A Promoção da Saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais da Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 27, p. 222-231, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220231> Acesso em: 27 Out. 2023.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 4, n. 6 p. 109-116, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-3283200000100009>. Acesso em: 27 Out. 2023.
- Miranda, L. Criatividade e Trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnycottiana. In: *Subjetividade, gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicosociologia*. Azevedo, C. S.; Sá, M. C (Orgs.). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013.
- Paim, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- Pedrosa, J. I. S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface*. n. 25, (e200190):1-15. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>. Acesso em: 09 Abr. 2022.
- Pires, A. C. T. & Braga, T. M. S. O psicólogo na Saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em psicologia*. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013. Acesso em: 28 Set. 2021.
- Prado, G. V. T. & Rodrigues, N. C. Investigação Narrativa: Construindo novos sentidos na pesquisa qualitativa em educação. *Revista Lusófona de Educação*. v. 29, p. 89-103, 2015. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/5096>. Acesso em: 29 Out. 2021.
- Sá, M. de C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GqkTshVtLkW8y67TBFnKW6G/?lang=pt>. Acesso em: 09 Abr. 2022.
- Schimith, M. D. et al. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 788-795, set, 2013. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20130025 Acesso em: 29 Abr. 2022.
- Silva, M. J. de S. E., Schraiber, L. B. & Mota, A. Das possibilidades de um conceito de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, p. e0019320, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00193> Acesso em: 09 Abr. 2022.
- Silveira, F. L. A. As Complexidades da noção de Fronteira, algumas reflexões. *Caderno Pós Ciências Sociais*. São Luís, v. 2, n. 3, p. 17-30. jan./jun. 2005
- Siqueira, M. M. & Moraes, M. S. de. Saúde Coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2115-2122, dez. 2009.
- Sobreira, F. A. G., Abilio, E. S. & Ortiz, C. C. L. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. *Saúde em Redes*. n. 2, v. 2, p. 227-233, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087288>. Acesso em: 07 Abr. 2022.
- Souza e Silva, M. J., Schraiber, L. B. & Mota, A. O conceito de Saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/view/43079>. Acesso em: 27 Out. 2021.
- Vieira, S. L. & Silva, G. T. R. D. Educação profissional técnica de nível médio em Saúde e em enfermagem: diálogo com o pensamento freireano. *Est IAT*, n. 4, v. 2, p. 126-141. 2019.