



# Oficina de Formação em Saúde Mental como Estratégia de Educação Permanente em Saúde

*Workshop Training in Mental Health as a Continuing Education Strategy in Health*

Analice Aparecida dos Santos<sup>1</sup>  
Marcelo Dalla Vecchia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João del-Rei

**Resumo:** A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe que os envolvidos tenham um momento dedicado à reflexão sobre suas práticas de atenção à saúde como estratégia de formação continuada. Analisam-se os relatórios de uma Oficina de Formação em Saúde Mental desenvolvida junto de uma equipe de Saúde da Família. Com base na revisão de literatura estabeleceram-se categorias representativas das condições para que uma atividade formativa configure-se como EPS. Os relatórios foram analisados com base nestas categorias que, a seguir, foram incluídas nos seguintes eixos enquanto componentes básicos para a formação em saúde: ensino, práticas de atenção, gestão setorial e controle social. Observou-se que diversas práticas dessa Oficina se enquadraram na proposta da EPS, dentre elas, a importância de se levar em conta as experiências dos trabalhadores, consideradas como material fundamental para a discussão e levantamento de propostas e soluções para os problemas apresentados.

**Palavras-chave:** Educação permanente; Estratégia de Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Saúde mental.;

**Abstract:** The Continuing Health Education (EPS) proposes that those involved have a moment dedicated to think about their health care practices as continuing education strategy. It was analyzed the reports of a Training Workshop on Mental Health carried along a health care team of Family Health Strategy. Based on the literature review, representative categories of conditions for a training activity set up as EPS were established. The reports were analyzed based on these categories that, later, were classified as parts of health education's basic components: educations, healthcare practices, sector management and social control. It was observed that several practices of this workshop fit in the EPS proposition, among them, the importance of taking in the experiences of healthcare workers, considered central for the discussion and raising proposals and solutions to the problems presented.

**Keywords:** Continuing Education; Family Health Strategy; Primary Health Care; Mental health.;

## 1. Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como objetivo contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Portanto, a SGTES assume um papel de melhoria da formação e qualificação dos trabalhadores e profissionais da saúde, valorizando e democratizando as relações de trabalho no Sistema Único de Saúde – SUS (5).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe uma forma de aprendizado que parta da realidade cotidiana do trabalhador da saúde, pressupondo que sejam problematizados seus processos de formação. Além disso, a PNEPS considera fundamental que as

necessidades formativas e de desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas demandas de atenção à saúde dos usuários atendidos pelos serviços, suas famílias e território (4).

Ao discorrer a respeito da introdução desse método de aprendizagem, Ceccim (8) afirma que a EPS é essencial para orientar o desenvolvimento dos profissionais e a produção do cuidado. Trata-se, segundo o autor, de uma forma de viabilizar ações intersectoriais, sanar a histórica fragmentação entre os níveis de atenção à saúde, e dar visibilidade aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Celeste (11) aponta a importância dessa proposta na mudança do agir do trabalhador da saúde diante da construção do SUS. Para a autora, a EPS pode contribuir para a superação dos limites da formação no tocante ao tradicional enfoque biomédico das práticas de saúde, propiciando a introdução de atividades tais quais o acolhimento, a produção de vínculos entre usuários e equipe, e o desenvolvimento da autonomia para a resolução de problemas de saúde. Franco, Bueno e Merhy (12), por sua vez, afirmam que focar tais práticas possibilita pensar criticamente o processo de trabalho e suas implicações, o que pode trazer o modo singular de agir a um debate público no coletivo de trabalhadores.

Lucchese et al. (18) trazem a importância de que a formação dos trabalhadores da saúde, em especial na atenção básica, tenha em vista a questão da saúde mental. Ainda persiste uma relativa negligência com as necessidades de saúde mental da população atendida, surgindo, assim, dúvidas no acolhimento desta demanda. Dentre as medidas propostas para suprir as demandas de formação encontram-se atividades em grupo orientadas pela utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Neste trabalho, relata-se o desenvolvimento de uma Oficina de Formação em Saúde Mental (13), que até então não tinha sido submetida a um tratamento analítico. O presente artigo resgata os relatórios dos encontros realizados na referida Oficina, buscando identificar a coerência das práticas formativas nela ocorridas com os princípios que caracterizam a EPS.

## 2. Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que recorreu a um estudo documental como fonte de informações empíricas. Para Minayo (20), a pesquisa qualitativa visa trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Um objeto de investigação abordado em uma pesquisa qualitativa precisa ser contextualizado e tratado em sua singularidade. Ao mesmo tempo, a análise das informações de pesquisa exige um tratamento metodologicamente rigoroso, visto serem objetos passíveis da interferência de valores e opiniões por parte do pesquisador.

O estudo documental possibilita a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. No âmbito das pesquisas em ciências humanas e sociais possibilita "ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural" (26). O material utilizado para essa pesquisa consiste em documentos gerados durante o desenvolvimento de uma atividade denominada Oficina de Formação em Saúde Mental, contextualizada a seguir. A palavra "documento", aqui, é caracterizada por Godoy (16) como qualquer material produzido por pessoas que vivenciaram diretamente o evento em estudo tratando-se, neste caso, de uma fonte primária, ou coletado por pessoas que não estiveram presentes na ocorrência do evento, sendo, então, uma fonte secundária.

No decorrer do desenvolvimento da investigação de mestrado acadêmico do primeiro autor, foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado com todos os integrantes de uma equipe de Saúde da Família de um município do interior do Estado de São Paulo (13). Após as entrevistas, solicitou-se à coordenação da equipe uma "reunião devolutiva", quando foi exposta uma pré-análise do conteúdo das entrevistas considerando as concepções de saúde mental desta equipe, publicadas após o devido tratamento analítico (30).

Na ocasião, a equipe de Saúde da Família discutiu a respeito da pertinência de implantar ou aprimorar várias ações em saúde mental: realizar atividades de orientação para o cuidado com os familiares, montar um grupo específico com pessoas com sofrimento mental na unidade, organizar um grupo na equipe para discussão de casos etc. Após amplo debate, a

equipe optou por acatar a oferta de uma atividade de formação em saúde mental a ser realizada simultaneamente com todos os integrantes. A intervenção foi organizada na forma de uma Oficina entendendo-se, aqui, em um de seus sentidos etimológicos, como “espaço de transformação”.

A Oficina de Formação em Saúde Mental<sup>1</sup> viabilizou-se no horário destinado à reunião da equipe, planejada inicialmente para ocorrer em periodicidade quinzenal, em aproximadamente dez encontros. Os primeiros encontros foram dedicados à discussão sobre marcos referenciais dos cuidados em saúde mental na atenção básica, em caráter introdutório. A equipe avaliou que os temas propostos inicialmente poderiam se desdobrar no decorrer da Oficina em encontros temáticos, contemplando uma instrumentalização para os cuidados à saúde mental requeridos na prática cotidiana.

Na sequência foram organizados textos específicos para o trabalho da Oficina: primeiramente, sobre atenção primária à saúde mental e, a seguir, sobre a abordagem da família na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os encontros temáticos da Oficina que se seguiram foram organizados a partir de um “mapeamento” inicial das situações de interesse em saúde mental que eram atendidas nas micro-áreas de abrangência, tendo-se por referência o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

A Oficina não foi planejada, inicialmente, para ser desenvolvida como uma estratégia de EPS. No entanto, através de uma revisão preliminar da literatura acerca da EPS, e de leituras dos relatórios de planejamento e realização dos encontros desta Oficina, observaram-se indicativos de que esta atividade pudesse consistir em uma proposta coerente com os princípios da EPS. Analisaram-se, então, as diretrizes da PNEPS (4), e foram estabelecidas categorias de análise *a priori*, como ponto de partida, que dizem respeito a princípios e diretrizes entendidas como primordiais para atividades de EPS. Os eixos e as respectivas categorias são descritos na Tabela 1. A seguir foram tomados para a análise, como *corpus* empírico da pesquisa, o planejamento dos encontros e os relatórios redigidos após a sua realização, para a identificação da sua pertinência com a proposta da EPS.

O planejamento dos encontros da Oficina era elaborado pelos coordenadores e abrangia as seguintes seções: data, objetivos, atividades programadas e ênfases. Os relatórios eram compostos pelas seguintes seções: cabeçalho (contendo data, horário, local, participantes e coordenadores), antecedentes (descrevendo situações prévias, no intervalo entre um encontro e o seguinte, que fossem dignas de registro), relato do encontro (contendo narrativa com descrição de acontecimentos relevantes, com transcrições de falas dos participantes consideradas mais significativas) e encaminhamentos/avaliação (abrangendo uma reflexão dos coordenadores acerca do encontro realizado, com autoavaliação, e apontando perspectivas de aspectos a serem abordados nos próximos encontros).

As categorias utilizadas para a análise dos relatórios dos encontros foram organizadas como componentes dos quatro eixos propostos por Ceccim e Feuerwerker (10) no Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde. Essa proposta tem como princípio a reorientação da educação em saúde através das modificações das práticas e o desenvolvimento de dispositivos que proporcionem momentos de escuta das necessidades dos profissionais e de reflexão sobre as práticas vigentes. Nesta proposta, os autores indicam os seguintes eixos básicos para o desenvolvimento da formação em saúde: ensino, práticas de atenção, gestão setorial e controle social. No entanto, nenhuma das categorias presentes na PNEPS contempla o eixo do controle social que, deste modo, não se encontra descrito na tabela abaixo.

**Tabela 1.** Eixos e categorias de análise com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde

Eixos	Categorias
1. Ensino	1. A EPS deve ser desenvolvida a partir de problemas enfrentados na realidade dos profissionais. 2. Deve levar em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem. 3. Necessidade de flexibilidade no planejamento dos encontros para incorporar as necessidades formativas dos participantes.

	4. Modificação das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento.
	5. Posição dos profissionais como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento.
2. Práticas de atenção	1. Aprendizagem através das práticas desenvolvidas no trabalho. 2. Incorporação do ensino e da aprendizagem à vida cotidiana profissional. 3. Visão de trabalho em equipe na solução de problemas.
3. Gestão Setorial	1. Pauta-se nas necessidades de saúde dos profissionais.

Fontes: 4,10.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO

#### 3.1 Eixo 1: Ensino

Na EPS, o ensino deve ter como proposta problematizar a concepção tradicional de aprendizagem, em que há apenas transmissão de conhecimento, e partir da premissa de um processo de formação que incentive a produção de conhecimento no cotidiano do trabalho. O objetivo é formar profissionais comprometidos com a saúde, tornando a qualidade de vida das pessoas atendidas uma prioridade no cotidiano desses profissionais, antes mesmo de qualquer técnica padronizada ou protocolo de atendimento (9).

Barbosa et. al. (1) mostram a necessidade de dois movimentos de mudança que dependem da atividade de ensino: o primeiro se refere à mudança da formação dos profissionais, partindo da EPS, visando o aprendizado com base no cotidiano de trabalho; e um segundo momento que compreende uma ruptura com uma formação inicial predominantemente tecnicista, iniciando a aprendizagem através de práticas cuidadoras, centradas no diálogo com os usuários e a equipe, buscando um real comprometimento com a saúde do usuário e com os princípios da saúde pública.

##### 3.1.1 A EPS deve ser desenvolvida a partir de problemas enfrentados na realidade dos profissionais.

Esta categoria abrange a perspectiva de que, no desenvolvimento da EPS, o trabalhador da saúde possa contar com momentos em que seja possível discutir e analisar as vivências e torná-las meios para a aprendizagem e o aprimoramento do saber-fazer do profissional, tanto do ponto de vista técnico, quanto referente às peculiaridades do território onde atua. A construção de novos saberes a partir da prática e o fortalecimento dos conhecimentos anteriores, com base na problematização da realidade vivida e no desenvolvimento de capacidade de crítica, são fundamentais para o processo de EPS (23).

A categoria pode ser ilustrada através de diversos momentos em que os participantes relatam nos encontros dificuldades que são tanto técnicas quanto referentes à maneira de lidar com o público específico do local onde se situa a Unidade Básica de Saúde (UBS):

*"Olha, eu acho muito difícil, viu... Você planejar junto com a família. É uma coisa que eu tenho pensado, eu acho que a [profissional] também tinha conversado. A gente não sabe atender família. A gente não sabe ir à casa e conversar com todos..."*

O trecho acima é o relato de uma enfermeira narrando a dificuldade que a equipe tem de atuar como entendem ser o modo mais apropriado para o contexto de atuação. Através de trechos como esse, são desencadeadas discussões a respeito dos problemas levantados. Segue abaixo um trecho demonstrando as conclusões do relator a respeito de uma discussão sobre os interesses de cada um dentro da Oficina:

*"Observa-se que é necessário rever as necessidades apontadas no período de levantamento e construídas nesses dois primeiros encontros. O processo tem revelado interesses não-homogêneos e que exigem encaminhamentos diferenciados: por um lado, os ACS [agentes comunitários de saúde] preocupados com saúde mental da equipe, por outro, os médicos e enfermeiras com instrumentalização para a atenção psicossocial e orientação dos ACS, havendo, possivelmente, necessidades também diferenciadas por equipe".*

Com isso, é possível pensar a EPS como uma estratégia que busca reconfigurar o processo de trabalho, principalmente no que diz respeito à humanização desse processo. Tenta-se criar uma reflexão e uma tomada de consciência por parte dos participantes de protagonismo no processo de trabalho, não somente como profissionais que exercem suas funções, mas como sujeitos que são essenciais na modificação dos espaços e na promoção da saúde (29).

### **3.1.2 Deve levar em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem.**

Essa categoria afirma a importância de que, na EPS, haja uma consideração dos saberes e práticas que os envolvidos já detêm. Muitas vezes esses sujeitos possuem conhecimentos a respeito do território e das relações da equipe com equipamentos sociais deste território que implicam a todos os membros da equipe. Não se trata apenas de conhecimentos técnicos apreendidos, mas também experiências de vida que subsidiam os profissionais com a lida de situações específicas junto de indivíduos, famílias ou da própria comunidade.

Há um desafio inerente ao processo de aprendizagem que consiste na consciência do desafio de lidar com diferentes pessoas, com diferentes formas de pensar e valores, o que deve ser considerado ao se procurar mudanças através das trocas e aquisição de conhecimento. A mudança almejada pode acontecer através da reflexão sobre as vivências dos sujeitos, bem como através da experiência pessoal de cada um, com potencial de pôr em debate valores e saberes envolvidos com as práticas (2).

Registra-se abaixo um trecho que demonstra essa necessidade de se levar em conta as experiências dos profissionais. Na discussão a respeito do acolhimento dos usuários da UBS, uma profissional relata acerca de como uma agente comunitária de saúde (ACS) lida com a situação, afirmando que a atuação transcende seu trabalho prescrito:

*"Passa a comentar sobre o trabalho de [ACS] que, no acolhimento, consegue, sem ter uma formação específica, fazer um amplo diagnóstico e identificação da condição de saúde da pessoa." (registro do relator)*

A EPS propõe que as equipes trabalhem com os problemas da prática, reflitam e busquem encontrar soluções. Medeiros et al. (19) afirmam que deve haver, portanto, um desafio de identificar estratégias que promovam a participação dos trabalhadores através da sua experiência, construindo formas de planejar e implementar novas estratégias que sejam mais efetivas para os indivíduos assistidos. O trecho abaixo exemplifica esta afirmação:

*"Aponto que o abuso de álcool é muito frequente no meio universitário e que há grande valorização para quem consome pesadamente. Sueli recorda que atualmente isso se torna um problema alarmante para as políticas públicas de saúde no sentido de que o alcoolismo é um agravante para outros problemas de saúde que acabam por onerar e ser uma carga para o sistema. [ACS] conta de forma emocionada sobre sua péssima experiência com o alcoolismo do pai, quando ia com 12 anos ao bar buscá-lo, alcoolizado e do irmão que, 'protegido pela mãe', também bebe pesadamente." (registro do relator)*

O trecho acima demonstra como as experiências de cada um são um fator importante para o desenvolvimento de estratégias de trabalho. Ao se discutir a respeito da questão do alcoolismo, diversas pessoas trouxeram os seus conhecimentos, saberes esses que podem ser tanto de acordo com o saber científico sistematizado, quanto com o que é vivenciado ou senso comum. O importante é que ambas as formas de conhecimento podem ser significativas para os participantes e, neste sentido, contribuir para a criação de estratégias para lidar com situações do cotidiano do trabalho.

### **3.1.3. Necessidade de flexibilidade no planejamento dos encontros da Oficina para incorporar as necessidades formativas dos participantes.**

Outro aspecto relevante para uma prática pautada na EPS é a necessidade de flexibilização do material a ser trabalhado com os participantes. Isso se dá pelo fato de que, como o trabalho desenvolvido se baseia nas situações vivenciadas pelos trabalhadores, há eventual necessidade de modificação da programação, pois muitas vezes aquilo que foi programado não atende às necessidades emergentes, cabendo à equipe de coordenação a adequação das estratégias didático-pedagógicas de acordo com o que é demandado.

No decorrer das Oficinas foi percebido pelos coordenadores que havia situações em que planejamento não atendia às necessidades dos participantes, que manifestaram o que desejavam trabalhar e a maneira como isso poderia ocorrer. Abaixo segue um trecho ilustrativo dessas manifestações a partir de um registro do relator:

*"[Auxiliar de enfermagem] sugere que se trabalhe com dramatização, porque experiências deste tipo já funcionaram muito bem na equipe."*

Barbosa, Ferreira e Barbosa (2) mostram que a atuação da coordenação deve ser sempre reflexiva e procurar sair do nível descritivo, buscando interpretações articuladas que proporcionam a reflexão coletiva. Porém essa não é uma tarefa fácil, tanto para o coordenador quanto para os participantes, que precisam criar um envolvimento com o processo para que assim se vejam em condições concretas de reorientar o processo de educação permanente.

Ao final de cada encontro era feita por parte dos coordenadores uma avaliação juntamente dos participantes, e com isso demandavam o que seria necessário trabalhar no encontro seguinte. Após o encontro, o relator registrava suas considerações, apontando observações sobre como foi conduzido o encontro e sugestões do que se deveria trabalhar no próximo:

*"O manejo e o encaminhamento da demanda expressos nestas situações [encontros] pode, então, ser um foco de trabalho com a equipe. A abordagem da família, como se quer trabalhar no próximo encontro, pode ampliar essa percepção da demanda para que, então, se possa aprofundar a questão do seu manejo." (registro do relator)*

De acordo com Sato, Cecílio e Andreazza (27), a metodologia pedagógica da EPS é problematizadora e busca ser significativa, partindo de temas de interesse dos participantes. Com isso, é necessário uma coordenação preparada, aberta e que busque "fazer uma boa escuta da dinâmica dos encontros, promovendo sínteses, propondo temas de estudo e reflexão e, sempre que necessário apontando conteúdos teóricos para o momento".

### **3.1.4 Modificação das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento.**

Esta categoria indica a necessidade de modificação das estratégias educativas e também das práticas por meio do processo de EPS. O caminho traçado aqui é o de aprender com base na prática, modificar os pontos fracos e considerar que esse processo viabiliza o levantamento de necessidades para processos formativos ulteriores.

Ceccim (7) aponta que a condição para que mudanças comecem a ocorrer em um cenário de prática é a criação de desconfortos no cotidiano de trabalho e a percepção de que alguma medida deve ser tomada na tentativa de modificar tais desconfortos. Somente através da vivência e reflexão sobre o trabalho é que podem-se produzir alternativas para o enfrentamento e, conseqüentemente, a mudança:

*"Transformação a partir do quê? É um espaço em que as pessoas compartilham experiências, compartilham vivências e a gente, enquanto relação, estimula outras vivências a partir dessa prática. Esse é um*

*espaço em que a gente vai... A partir das vivências, das experiências que vocês trazem, criando condições para a reflexão e para a tomada de decisões."*

O trecho ilustra a fala de um participante no momento de avaliação de um dos encontros da Oficina e uma análise das possibilidades de que o espaço possa interferir na mudança do processo de trabalho, questão essa que é demandada pelos trabalhadores. Aponta-se a necessidade de mudanças até mesmo na forma de conduzir os atendimentos realizados. Porém, os trabalhadores relatam não conhecer estratégias para que haja essa mudança, reivindicando a constituição de espaços para discutir essas dificuldades e receber sugestões de novas condutas pelos colegas de equipe. Através da EPS é possível se constituir esse espaço e com isso problematizar e criar novas soluções. Ceccim (7) ilustra essa possibilidade ao trazer que a EPS pode corresponder a três formas de educação: Educação Continuada, que seria voltada para aspectos de ensino com foco na carreira ou em um interesse específico do profissional; Educação em Serviço, quando as propostas de mudança estão mais no âmbito institucional ou das ações prestadas em um determinado tempo e lugar; e Educação Formal de Profissionais, que propõe formas de aprendizagem que integrem o mundo do trabalho com o mundo do ensino.

Torna-se indispensável para a EPS entendê-la como uma proposta educativa que se desenvolve com base no cotidiano do trabalhador em saúde, através da análise desse processo de trabalho. Por meio dessa proposta, é possível construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano, transformando assim tanto a forma de desenvolver seu trabalho, como a forma com que o sujeito vê essas transformações como fonte de conhecimento para construir novas mudanças no trabalho (17).

### **3.1.5 Posição dos profissionais como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento.**

Essa categoria indica que as práticas de EPS devem considerar centralmente o protagonismo dos trabalhadores na produção de oportunidades para refletir a respeito do seu trabalho e do seu conhecimento, construindo e transformando ativamente saberes e práticas a partir de suas necessidades e da realidade da sua atuação. Freire (15), a este respeito, afirma a importância de uma forma de educação que seja problematizadora, ou seja, a transmissão do conhecimento não é feita de uma pessoa para outra, mas sim através da circulação de saberes dentro do coletivo.

O que se pode observar dessa categoria nos relatos é a importância de momentos em que seja possível que os sujeitos envolvidos possam se manifestar e refletir sobre as práticas desenvolvidas no ambiente de trabalho. Percebem-se momentos em que os profissionais trazem para a Oficina seus conhecimentos e com isso acrescentam novos saberes para todos os participantes:

*"[Recepcionista] diz que, nestas circunstâncias, voltando-se para Sueli: a sua realidade não é a realidade dele. Os seus valores não são os valores dele. Eu acho que quando você trabalha com 'n' pessoas, eu acho que é exatamente isso: entender e se colocar no lugar da pessoa e entender quais são os valores dela."*

Acima, vê-se o relato de um dos integrantes da equipe que, através de comparações, traz a necessidade de haver abertura no processo de trabalho para se pôr no lugar daqueles que são atendidos de acordo com suas singularidades. Dessa maneira, o aprender não se trata de uma acumulação de conhecimentos, mas inclui afeto e interação entre os participantes, estabelecendo uma relação entre aquilo que já era conhecido pelo profissional com o que é apreendido. Esse movimento implica pensar continuamente sobre o processo de trabalho, a formação e a produção de subjetividade (9).

## **3.2 Eixo 2: Práticas de atenção**

Segundo o Quadrilátero apresentado por Ceccim e Feuerwerker (10), as práticas de atenção à saúde se objetivam na construção de novos métodos de trabalho que visem à integralidade, à humanização e à inserção dos usuários no planejamento das atividades. Para os autores, o trabalho em saúde não deve se restringir às práticas de atenção, mas também à gestão do sistema envolvido e à atualização dos conhecimentos do setor.

De acordo com as propostas da EPS há uma necessidade de transformação contínua dos processos de trabalho, exigindo dos profissionais de saúde autonomia e capacidade de análise e modificação das práticas para que a concepção e a efetivação do trabalho sejam coerentes entre si (3). Neste sentido, é necessária uma análise constante das práticas de atenção, com o objetivo de buscar a integralidade e corresponsabilizar os usuários na produção do projeto terapêutico singular (8).

### 3.2.1 Aprendizagem através das práticas desenvolvidas no trabalho.

Uma das condições para haver um trabalho que se embase na EPS implica na transformação da atuação profissional em função da problematização das vivências de cuidado, gerando aprendizagem que potencialize a atuação dentro de um processo de trabalho singular:

*“Uma dificuldade é discriminar se essa ameaça [suicídio] que ele faz é verdadeira ou não. É isso que me dá mais angústia. Se eu soubesse que ele não vai fazer nada, que dá pra enrolar, que dá pra ir conversando, tudo bem. Mas acho que como a gente já teve alguns casos, aqui, de suicídio, eu me sinto mais pressionada por isso. Por causa da violência. Isso que me pressiona”.*

No relato acima uma profissional de ensino superior da equipe compartilha acerca de uma situação vivenciada em sua atividade de trabalho e como isso cria efeitos em suas próximas ações. Esse relato acontece no primeiro encontro da Oficina, na qual o objetivo dos coordenadores era focalizar com a equipe a questão da saúde mental na atenção básica. Com isso, percebe-se que desde o primeiro encontro há uma necessidade latente dos trabalhadores não somente de discutir as questões das práticas de atenção, mas também de discutir os efeitos destas práticas na constituição de sua própria subjetividade enquanto trabalhadores.

De acordo com Silva e Peduzzi. (28), a EPS propõe a produção de mudanças no espaço de trabalho em função de novas formas de ensinar e aprender, ultrapassando as técnicas mais estritamente e propondo uma participação ativa dos sujeitos. Trata-se de uma “apropriação de saberes socialmente construídos, que são continuamente produzidos e socializados”.

Em um trecho do relato do 2º encontro pode-se observar a preocupação dos profissionais participantes da Oficina em mudar a visão sobre as pessoas em sofrimento mental e tratá-los de uma maneira mais humanizada, na tentativa de incluí-los nos espaços sociais. Vê-se no relato a tentativa também de trabalhar preconceitos e estigmas que promovem o isolamento dessas pessoas:

*“Na discussão, conversaram que percebem que estas pessoas [em sofrimento mental] ainda são bastante excluídas, e que podem ver isso acontecer no território onde atuam também, tanto por parte dos familiares e amigos como pelos próprios profissionais. [Enfermeira] fala, em relação ao ‘espaço social’, que percebe sua não existência. Acha que são poucos os lugares que favorecem a cidadania do doente mental, e que uma das atividades que se pode fazer é o já estão fazendo: colocar em questão os preconceitos.” (registro do relator)*

Para Nespoli e Ribeiro (21), a EPS pressupõe um trabalho em saúde baseado na relação entre as pessoas. Por isso, o espaço de trabalho também é um espaço para a aprendizagem através desses processos vivos para que seja possível “desnaturalizar a realidade, desterritorializar práticas e erguer novos valores para a saúde”.

### 3.2.2 Incorporação do ensino e da aprendizagem à vida cotidiana profissional.

Essa categoria parte do pressuposto de que aquilo que foi apreendido em atividades de EPS tem potencial de ser transposto para o cotidiano dos profissionais envolvidos. Trata-se da apropriação das reflexões que são geradas diante das experiências, retornando às práticas do trabalho. No

relato abaixo há a possibilidade de observar e inferir que os sujeitos buscam incorporar o conhecimento problematizado nos encontros da Oficina ao seu cotidiano de trabalho:

*“Os participantes avaliaram que aprenderam aspectos importantes da saúde mental, mas que ainda sentem falta de atuar com mais resolutividade. Informam que tiveram condições de refletir que há muitos problemas na assistência e que a saúde não tem uma receita pronta, havendo problemas graves e complexos”. (registro do relator)*

Nicoletto et al. (22) trazem a importância da mudança, e como o ato de problematizar pode gerar um incômodo, instigando os profissionais a mudarem suas práticas para que elas coadunem com a demanda apresentada em cada local. No entanto, esse processo de mudança é complexo, exigindo que os profissionais saiam da condição de receptores de conhecimento para se tornarem seus produtores. Pauta-se, então, a denominada Aprendizagem Significativa, que se baseia na obra de David Paul Ausubel (1918-2008) e tem como objetivo a valorização do conhecimento e o entendimento de informações e não necessariamente o seu acúmulo/estocagem (6).

Para Ausubel, a Aprendizagem Significativa demanda que o conhecimento mobilize o indivíduo, ou, caso contrário, será nada mais que reprodutora, de modo que esse conhecimento apreendido seja relevante diante da experiência de cada sujeito. Ou seja, o conhecimento deve ter significado e funcionalidade para aquele que está aprendendo (24). Portanto, na Aprendizagem Significativa, a aquisição de novos saberes se dá através de conhecimentos que o sujeito já possui, relacionando-os com novos conteúdos baseados nas experiências vividas e ultrapassando essas experiências, gerando novas soluções para os problemas vivenciados.

*“Um indicativo da avaliação do trabalho realizado pode ser a efetiva implementação e discussão, no grupo menor (que se propôs chamar “grupo de gestão da unidade”), dos problemas que foram levantados. Há um esforço que a equipe se dispôs a realizar que implica na necessidade de estabelecimento de acordos e responsabilidades comuns, linhas de trabalho que fundamentem a atividade cotidiana, que ocorrem no próprio ato do trabalho em equipe”. (registro do relator)*

Aqui, apresentam-se sinais de que o que foi demandado pela equipe para ser trabalhado nos encontros da Oficina está alcançando o seu objetivo, pois começam a haver mudanças no processo de trabalho, bem como nos acordos e responsabilidades. É necessário, portanto, que a integração entre teoria e prática aconteça de maneira efetiva com os envolvidos no processo. Isso viabiliza a horizontalização dos saberes e a reflexão sobre as práticas, avaliando-as criticamente e trazendo-as para o cotidiano, com o intuito de atender as necessidades da população (12).

### **3.2.3 Visão de trabalho em equipe na solução de problemas.**

Ao tratar da questão trazida por essa categoria vê-se a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, buscando criar condições para que todos os envolvidos participem, problematizem e extraiam reflexões a partir de perspectivas singulares, tanto técnicas quanto pessoais.

O trabalho em equipe torna-se fundamental para cumprir um dos principais objetivos do SUS, a integralidade, pois possibilita a articulação de diversos saberes, abrindo, assim, novas possibilidades de construção que não seriam possíveis se o trabalho se desse de forma individualizada. Os trabalhadores requerem os conhecimentos uns dos outros, com a intenção de promover um trabalho que possa atender a comunidade de modo ampliado, superando uma visão fragmentada de atenção à saúde e promovendo equipes que pensem as suas práticas a partir das necessidades dos usuários (28).

Durante o processo da Oficina de Formação em Saúde Mental analisado há um movimento dos participantes que contorna o objetivo inicial da Oficina. Ao começar a trabalhar com a equipe as questões de Saúde Mental percebem-se as dificuldades próprias da equipe em lidar não só com os problemas enfrentados nos casos, como também aqueles próprios do trabalho em equipe, que também geram certo nível de sofrimento nos trabalhadores. O desenvolvimento da Oficina passou a ter outro foco diante dessa demanda. Propôs-se à equipe refletir acerca das dificuldades vivenciadas e que criavam obstáculos às práticas de atenção. Segue abaixo o primeiro trecho do registro do relator em que é sinalizada a necessidade apontada por esses trabalhadores de problematizar o trabalho em equipe:

*"Há uma ligação entre as agentes comunitárias de saúde, o que faz com que as expectativas sejam parecidas, reforçando o que disseram as colegas. [ACS] considera que, por conta do vínculo que ocorre com a comunidade, essa separação (pessoal x profissional) fica mais difícil de lidar. Diz que 'muitas vezes a gente fica doente junto'. Diz também que quem sofre a pressão da população pelo atendimento não ocorrer no nível especializado são eles mesmos [agentes comunitários], já que são eles que estão no contato mais direto".*

Ao ser apresentada essa demanda para os coordenadores da Oficina, começou-se a trabalhar com as questões do trabalho em equipe, procurando analisar as dificuldades visando minimizá-las ou dirimi-las. A equipe foi dividida em subgrupos compostos por trabalhadores de distintas formações profissionais e solicitou-se que cada subgrupo apresentasse propostas de temas para serem trabalhados, sendo estabelecidos os seguintes: divisão de tarefas; coordenação de atividades; potenciais versus experiências; espaço regular para a expressão e troca de ideias; relação com o gestor e relação entre as equipes. Este último tema referia-se a eventuais conflitos decorrentes da coexistência, em uma mesma UBS, de duas equipes da ESF:

*"Propõe que se organize um grupo menor, com menos pessoas, que feche as propostas e as traga, a seguir, para discussão no grupo maior com as duas equipes, confirmando-as e as reformulando, definindo responsáveis pelo seu encaminhamento". (registro do relator)*

Após esse trabalho foi discutido e problematizado junto da equipe quais seriam os encaminhamentos concretos necessários para um melhor funcionamento da equipe nas práticas de atenção cotidianas. Uma das questões que dificultava o processo tratava-se da não manifestação de muitos participantes:

*"[Profissional] esclarece que se preocupa com o fato de que as pessoas que não falam nada podem estar minando o trabalho que é feito. Diz que alguns acordos, mínimos, têm que ser feitos em qualquer trabalho institucional, ou seja, não é porque as pessoas são diferentes que cada um vai fazer o que quer. Por exemplo, se uma pessoa não gosta de trabalhar em grupo, é possível negociar, entrar em um acordo, de modo que ela ajude a viabilizar este trabalho, com alguma outra tarefa que implique num contato individual?"*

O que se percebe nos relatos é que uma das profissionais de ensino superior apresentava-se bastante preocupada com a equipe, mas de certo modo centralizava as decisões acerca de como lidar com os problemas apresentados. Isso, muitas vezes, impedia manifestações ou até mesmo a partilha de preocupações e propostas. No entanto, com a divisão de subgrupos foi possível aos trabalhadores manifestarem aquilo que os incomodava e também que os impedia de melhorar o seu trabalho dentro da equipe.

### **3.3 Eixo 3: Gestão setorial**

Segundo Ceccim e Feuerwerker (10), a gestão, como parte do Quadrilátero, deve estar permanentemente em desenvolvimento. Alguns pontos, segundo os autores, tornam-se indispensáveis: é preciso configurar de uma maneira original e criativa os processos de trabalho, garantir para as equipes condições de trabalho e saúde, e considerar a opinião dos trabalhadores nas decisões.

Mostra-se também a necessidade do desenvolvimento de políticas específicas, retirando os trabalhadores da condição de "recursos" de modo que possam ser vistos como agentes de mudança das práticas de saúde. Dessa maneira, a formação é algo a ser constantemente trabalhado como iniciativa da gestão (7).

#### **3.3.1 Pauta-se nas necessidades de saúde dos profissionais.**

Essa categoria propõe que as estratégias de EPS devem realizar não somente uma instrumentalização técnica para o trabalho clínico-assistencial, mas incorporar uma reflexão a respeito do processo de trabalho, em termos de saúde do trabalhador, ampliando a capacidade de acolher o sofrimento do outro. É necessário não somente traçar novas estratégias de atenção, mas também trabalhar as limitações e dificuldades dos participantes, no intuito de superá-las ou amenizá-las.

Ao se propor um processo de EPS é fundamental que, além das necessidades de saúde dos usuários, sejam elaboradas as demandas de saúde dos trabalhadores da equipe, pois existem questões que extrapolam problemas referentes ao processo saúde-doença. Cabe aos profissionais

da atenção básica lidar com situações muitas vezes não abordadas na formação, mas que afetam de algum modo o trabalhador. No entanto, é preciso tomar conhecimento das capacidades e limitações dos profissionais, tentando-se abordá-las em espaços específicos (25).

O trecho abaixo traz um momento em que uma das trabalhadoras afirma que muitas vezes quando os pacientes começam a chorar, ela "chora junto" por não saber como lidar com as situações que são apresentadas:

*"A conversa iniciada logo que chegamos à unidade, a respeito de se 'chorar junto com o paciente', é uma questão que deve ser considerada, na medida em que a pessoa que é atendida, nessas condições, pode não encontrar no profissional certo alívio procurado num momento como esse."* (registro do relator)

O relator traz, a seguir, uma reflexão que aponta a possibilidade de se trabalhar dentro dos encontros da Oficina a questão do "olhar de fora", na tentativa de amenizar essa dificuldade. Não obstante, a escuta das necessidades dos trabalhadores da equipe permite que os mesmos possam se expressar, ampliando também a capacidade de ouvir os usuários.

É preciso implementar espaços onde se possa falar de suas experiências, e com isso elaborar situações angustiantes para o trabalhador. Ao se tornarem atores ativos desse processo são geradas mudanças, que modificam não somente o cenário de práticas de atenção, mas que também afetam e modificam os sujeitos envolvidos (7). O trecho abaixo mostra que a Oficina eventualmente se tornava um contexto para o "desabafo" dos trabalhadores, em que eles traziam angústias e dificuldades que passavam no ambiente de trabalho:

*"[Profissional] pede que, no grupo, também se realize alguma ação para que os agentes possam aliviar essa pressão. 'Eu acho que a gente chegou num grau, né? Em que as coisas estão chegando... Já... Já estão estourando, já. E isso está refletindo tanto dentro da nossa casa quanto no nosso rendimento no trabalho' [Auxiliar de enfermagem]. [Profissional] reitera essa afirmação, dizendo que sente faltar um preparo da equipe pra lidar com essa separação."* (registro do relator)

Vê-se que a necessidade de "desabafo" vem principalmente por parte dos ACS, que apontam muitas vezes não saber como lidar com os problemas por se aproximarem bastante dos usuários do serviço.

### **3.4 Eixo 4: Controle social**

O controle social deve assumir um papel de agente responsável pela viabilização da participação da comunidade na definição das prioridades de atuação das equipes e visar o atendimento das necessidades em saúde do território. É preciso instalar espaços de discussão, análise e reflexão acerca do trabalho desenvolvido. Esse processo deve contar não somente com os trabalhadores da equipe de saúde, mas também a população precisa ser mobilizada a se envolver nas decisões tomadas (7).

Ceccim (7) aponta que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde são dispositivos elementares que orientam a participação social. A proposta dos mecanismos de controle social não contrapõe a autonomia das instituições, uma vez que é necessário o reconhecimento das necessidades de saúde singulares presentes no território, além da própria regulação do Estado. Visto que a formação é socialmente necessária, faz-se indispensável investir em formas de participação social, para que se busque atender aos interesses coletivos e à construção de novos saberes e práticas.

Por se tratar de uma Oficina que tinha como ênfase mais imediata a equipe de saúde, e desenvolvida em um curto período de tempo, não se evidenciam nos relatos circunstâncias de investimento em participação social a partir da Oficina. Possivelmente, isso se deve a que este não era seu objetivo, admitindo-se, porém, que após a Oficina algum movimento nesse sentido possa ter ocorrido. No entanto, não é possível afirmar que tenha sido desencadeado pela Oficina, pelo fato de os relatos tratarem apenas do processo interno à Oficina, não relatando iniciativas posteriores nesse sentido.

## **4 Considerações Finais**

A Oficina de Saúde Mental desenvolvida não tinha como proposta inicial se configurar como uma atividade de EPS, porém, com o desenrolar dos encontros, foi demandado por parte da equipe uma oportunidade para a reflexão sobre o processo de trabalho e as dificuldades vivenciadas. Ficou evidenciado que o processo da Oficina, antes mesmo dessa demanda "oficial", já apontava para os princípios da EPS. É digno de nota, neste sentido, que ao ser apresentada a dificuldade dos participantes no que se referia ao trabalho em equipe os coordenadores da Oficina suspenderam temporariamente a proposta inicial, redirecionando-a no sentido de apoiar os trabalhadores para sanar as dificuldades e procurar soluções para os problemas apresentados.

Não é possível afirmar, peremptoriamente, que as soluções apresentadas e discutidas foram efetivamente implementadas, pois os relatos que compuseram o estudo documental se referem exclusivamente à Oficina. No entanto, a inserção na equipe por meio da pesquisa-ação perdurou. A análise de seus desdobramentos, porém, extrapola os objetivos do presente trabalho.

Percebeu-se no início certa dificuldade por parte dos ACS em se manifestarem com a mesma abertura adotada pelos profissionais de ensino superior. Supõe-se que isso se deu porque aqueles podem ter se intimidado com a eloquência destes. Porém, há indicativos de que a mediação dos coordenadores neste sentido pode ter contribuído para minimizar as consequências das relações de poder, devido ao diálogo oportunizado, bem como pela utilização de recursos didático-pedagógicos que visaram proporcionar a participação de todos, tentando contornar as diferenças de escolaridade, experiência profissional e salário.

Há uma limitação na análise pelo fato de que a segunda autora não participou da Oficina, tendo acesso somente aos planejamentos e relatos elaborados pelos coordenadores. Isso proporciona limitações quanto às questões subjetivas presentes nos encontros das Oficinas, tais como: clima grupal, impressões pessoais, formas de participação, relações de poder etc. No entanto, o objetivo principal de analisar aspectos da EPS presentes nos relatos possibilitou observar indícios relevantes de que a Oficina consistiu em uma proposta de EPS, mesmo sem ser este um objetivo inicial dos coordenadores.

Com base nas análises apresentadas é possível sinalizar a importância de que estratégias de ensino-aprendizagem que atuem junto de equipes de trabalhadores da saúde considerem centralmente a subjetividade dos participantes como parte do processo de formação, pois a mera transmissão de informações não contempla a integralidade das necessidades formativas dos trabalhadores.

## 5. Agradecimentos

A Oficina foi desenvolvida no período de fevereiro a agosto de 2005, e foi coordenada pelo segundo autor, juntamente de sua então orientadora no Mestrado em Saúde Coletiva, realizado na Unesp/Botucatu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Terezinha Ferrero Martín (Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria). Os autores agradecem à Prof<sup>a</sup> Sueli pela colaboração na revisão da versão final do presente texto.

## 6. Referências

1. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2013; 66(1), 124-7.
2. Barbosa VBA, Ferreira MLSM, Barbosa PMK. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2012 33(1), 56-63.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Carvalho BG, Turini B, Nunes EFPA, et al. Percepção dos médicos sobre o curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2011, 35(1), 132-141.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, 2004, 9(1), 161-8.
8. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005, 10(4), 975-986.
9. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 2009, 6(3), 443-8.
10. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 2004, 14(1), 41-65.
11. Celeste T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, 2004, 1(1), 26-27.
12. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfem.*, 2007, 12(2), 236-240.
13. Dalla Vecchia M. (Dissertação). A saúde mental no programa de saúde da família: Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. Faculdade de Medicina/UNESP, Botucatu, 2006.
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde Pública*, 1999, 15(2), 345-353.
15. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
16. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev. adm. empres.* 1995, 35(3), 57-63.
17. Lima JVC, Turini VC, Carvalho B, et al. A Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trab. Educ. Saúde*, 2010, 8(2), 207-227.
18. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública*. 2009, 25(9), 2033-42.
19. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, et al. Gestão Participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010, 63(1), 38-42.
20. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Gomes SFD. (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 9-31.
21. Nespoli G, Ribeiro VMB. Discursos que forma saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2011, 15(39), 985-996.
22. Nicoletto SCS, Bueno VLRC, Nunes EFPA, et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde Soc.*, 2013, 22(4), 1094-1105.
23. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação & Saúde*, 2014, 12(1), 129-147.

24. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da Aprendizagem segundo Ausubel. *Revista PEC*, 2002, 2(1), 37-42.
25. Santos PT, Bertolozzi MR, Hino P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na Educação Permanente. *Acta Paul Enferm*, 2010, 23(6), 788-795.
26. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 2009, 1(1), 1-15.
27. Sato WNS, Cecílio LCO, Andreazza R. A Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação de gestores municipais: o fórum de Educação Permanente em Saúde de Bragança Paulista. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 2009, 14(55), 43-62.
28. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc.*, 2011, 20(4), 1018-32.
29. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de Educação Permanente em Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011, 2(20), 340-8.
30. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009, 14(1).

---

Artigo Recebido: 23.03.2016

Aprovado para publicação: 10.06.2016

**Marcelo Dalla Vecchia**

Universidade Federal de São João del-Rei  
Praça Dom Helvécio, 74 – DPSIC – Dom Bosco  
CEP: 36.301-160 São João del-Rei, MG – Brasil  
Email: mdvecchia@ufsj.edu.br

---