

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

VIVÊNCIAS DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AVENTURAS E PERCURSOS DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO

1ª Edição
Porto Alegre - 2017
Rede UNIDA

Organizadores
Miriam Thais Guterres Dias
Daniel Canavese de Oliveira

editora



redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Miriam Thais Guterres Dias
Daniel Canavese de Oliveira
organizadores

**Vivências da formação de profissionais de saúde:
aventuras e percursos de educação pelo trabalho**

1ª Edição
Porto Alegre - 2017
Rede UNIDA

Copyright © 2017 by MÍRIAM THAIS GUTERRES DIAS e DANIEL CANAVESE DE OLIVEIRA.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

V857 Vivências da formação de profissionais de saúde: aventuras e percursos de educação pelo trabalho [recurso eletrônico] / Míriam Thais Guterres Dias, Daniel Canavese de Oliveira, organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.
p. 288: il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.11)

ISBN: 978-85-66659-67-2

DOI: 10.18310/9788566659672

1. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. 3. Formação profissional – Saúde. 4. Graduação – Saúde. 5. Educação em saúde. I. Dias, Míriam Thais Guterres. II. Oliveira, Daniel Canavese de. III. Série.

CDU: 614:37

NLM: W18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho

Organizadores

Ricardo Burg Ceccim
Eliana Goldfarb Cyrino

Editoras Associadas

Cristina Neves Hugo
Renata Flores Trepte

A série Atenção Básica e Educação na Saúde, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Elaboração, distribuição e informações

Associação Brasileira REDE UNIDA
Rua São Manoel, nº 498, Santa Cecília
CEP 90620-110, Porto Alegre – RS
Telefone: (51) 3391-1252
Site: www.redeunida.org.br

Coordenação Nacional da REDE UNIDA

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Beccon de Almeida Neto

Diagramação

Robson Luiz

Arte da Capa

Cadu Ribeiro

Revisão bibliográfica

Manoella Van Meegen

Manuscritos coletados por meio de chamada conjunta entre a Revista Interface e a Editora Rede UNIDA.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Sumário

Apresentação	2
Aventuras e percursos de educação pelo trabalho configurando vivências na formação de profissionais de saúde	4
Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção: Desatando Nós e Cruzando Linhas	22
Experiência PRO-PET-Saúde na implantação de um grupo de gestantes adolescentes baseado no Círculo de Cultura	40
Programa de Educação pelo Trabalho em Florianópolis: Foco na Promoção da Saúde na Comunidade	62
Trabalho de Educação Sexual em uma Escola Municipal de Betim - MG: Uma Proposta do PET Saúde “Vidas em Rede”	82
Exposição de uma Prática de Ensino e Cuidado Inter e Multiprofissional	102
Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde e o Processo de Formação de Novos Atores para a Saúde	122

PET-Saúde e CAPSI no Coletivo Café Cultural Psicossocial: O Sujeito e a Rua, Desmistificando Preconceitos.	138
A Utilização da Língua Brasileira de Sinais como Ferramenta Inclusiva na Estratégia Saúde da Família	158
O Teatro como Ferramenta de Educação em Saúde sobre Câncer de Boca: Relato de Experiência	174
Fique Sabendo Jovem: Experiência Exitosa de Formação nas Redes de Atenção à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS no município de Fortaleza, Ceará	188
Aleitamento Materno na Visita Puerperal Imediata na Maternidade como Experiência Exitosa	206
Grupo de adolescentes sob a perspectiva PET-Saúde rede cegonha: relato de experiência	214
Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde nas Redes de Urgência e Emergência de Aracaju	234
Programa de educação pelo trabalho na rede de atenção às urgências e emergências: potencialidades e desafios	258
Sobre os autores	278

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Apresentação

Os textos organizados neste livro são originários de uma iniciativa conjunta da Revista Interface e da Rede Unida que, por meio de uma chamada pública, convidaram à submissão de manuscritos relativos à reflexão e experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), ambos programas de iniciativa do Ministério da Saúde e implementados por instituições de ensino e instâncias do Sistema Único de Saúde. Tais programas previam a busca por maior integração entre a formação e o trabalho na saúde, o fomento à mudança no ensino nestas carreiras e o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão desse setor, assim como a ampliação da participação popular. A iniciativa almejava incentivar a produção de análises e o compartilhamento de conhecimentos sobre a formação nas graduações em saúde diante de sua presença nos cenários da atenção básica e na construção do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Foram apresentados quase 400 manuscritos, submetidos à avaliação por pares e, desses, 28 artigos compuseram o Suplemento da Revista Interface (Suplemento 1, 2015). Outros 53 manuscritos foram

aprovados para o projeto editorial de uma Coletânea. Dada a densidade dos relatos, quando observada a sua distribuição por conteúdos analisados e focos explorados às narrativas, optou-se pela organização de quatro coletâneas temáticas, agregando perfis no tratamento dos componentes da prática, escolhas metodológicas à abordagem ou segmento privilegiado dentre às diretrizes e orientação política dos programas.

A iniciativa permitiu constatar uma grande vitalidade nas experiências do PET-Saúde e Pró-Saúde, sua potência na multiplicidade de olhares e formas de interação entre a formação universitária e os sistemas locais de saúde, assim como o esforço de um exercício intelectual sobre o fazer. Sobretudo, permitiu visibilidade à potencialidade do encontro entre a formação universitária e o trabalho no sistema de saúde, seus efeitos na formação de profissionais e na produção de conhecimentos e tecnologias de apoio às práticas de ensino, de avaliação e de apoio aos serviços e à população.

Nesta publicação constam 14 capítulos relatando experiências conforme percebidas pelos seus atores, não a partir da formalidade dos currículos, mas na dobra dos projetos pedagógicos, onde o controle institucional e a intencionalidade formal se borram e a aventura de tornar-se profissional de saúde assume protagonismo. Os textos com essa abordagem captados no edital foram acrescidos de um ensaio teórico produzido pelos organizadores, desenvolvendo epistemologicamente um conjunto de temas transversal aos artigos iniciais. Os textos foram agrupados em duas sessões: “Percurso formativo em território” e “Experiências do trabalho em cena”. A leitura dos capítulos que compõem a coletânea permite identificar a vitalidade da produção e a diversidade de percursos formativos, que constituem conhecimento significativo e a potência emergente da singularização da formação das profissões da saúde, conforme está indicado nas políticas atuais das áreas da educação e da saúde.



**PERCURSOS FORMATIVOS
EM TERRITÓRIO**

**Aventuras e percursos de
educação pelo trabalho
configurando vivências na
formação de profissionais de
saúde**

**Miriam Thais Guterres Dias,
Daniel Canavese de Oliveira.**

*“O simples não existe: só há o simplificado”
(Gaston Bachelard)*

Introdução

Este livro traz à tona diferentes percursos que demonstram a expansão de um Sistema Único de Saúde (SUS) vivo, permeado pelas mudanças que envolveram, nos últimos anos, os cursos da área da saúde e pelo esforço do Ministério da Saúde, que ampliou a interação entre o ensino e os espaços no mundo do trabalho. Nesse sentido, foram selecionados relatos em dois blocos que expressam caminhos testados e aperfeiçoados em outros paradigmas formativos, a saber: o primeiro, sobre os diferentes percursos formativos e sua articulação nos territórios; e um segundo com experiências do trabalho na área da saúde.

As universidades brasileiras ocupadas na formação das profissões de saúde têm experimentado, de modo heterogêneo, favorecer as ações de ensino-pesquisa-extensão em sintonia com a construção e o fortalecimento do SUS. Assim, evidenciam-se a organização de versões das diretrizes curriculares, a abertura de campi e cursos da área da saúde no interior do país, a criação da graduação em Saúde Coletiva e, também, a indução de projetos pedagógicos inovadores e sensíveis a relação ensino e prática.

Em consonância, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SG- TES) apoiou esse movimento com a apresentação em 2012 do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pro-Saúde, e dos editais do Programa de Educação pelo Trabalho (PET). Ambos tem como característica a integração entre os diferentes cursos, além de um intercâmbio

de experiências entre professores, estudantes, usuários(as) e profissionais do serviço. Considerados elementos potentes, favoreceram um processo capilar no país de novos olhares para o processo formativo e de trabalho.

A presente edição traz os desafios do ensino, da prática interprofissional, da interatividade com a realidade, da intersectorialidade, da inovação e da diversidade metodológica que procuram avançar em desafios múltiplos. Os relatos aqui expostos têm um ponto em comum de alta relevância: apresentam e discutem a realização e reflexões sobre ações de promoção e prevenção realizadas na Atenção Básica em Saúde, a partir do desenvolvimento dos projetos PET-Saúde. Esta constatação pode parecer óbvia, no seu significado de algo superficial e simples, pois a política de saúde no país já produziu uma significativa expansão da atenção básica. Mas como já disse Gandin (1994, p. 157) há uma “vitalidade no óbvio”, pois provoca o questionamento quanto as razões e explicações de determinados eventos ou situações.

Ao retomar o título que propusemos, na aventuras e percursos da educação pelo trabalho, organizamos duas reflexões. A primeira, sobre o contexto e transformações ocorridas na política de saúde e formação profissional e, a segunda, um breve convite a vivências com os olhares do pensamento complexo e da pesquisa-ação.

1. Reflexões sobre a política de saúde, formação profissional e educação pelo trabalho

Nessa sessão uma discussão sintética se procurará fazer, que nos faça percorrer brevemente, como uma viagem de curta duração, às transformações realizadas no país nas políticas de saúde, com o intuito de situar os avanços produzidos e os

dilemas ainda existentes, frutos das relações produzidas historicamente entre sociedade e Estado.

Inicialmente, é preciso considerar que a política de saúde é uma política pública, com o governo colocando em ato seus propósitos para viabilizar agendas de inovação política ou para responder a demandas de grupos de interesse. (COSTA, 1998). Esta peculiaridade da política pública expressa o grau de relação com a mobilização e organização de coletivos que defendem seus projetos societários, cuja trama de negociação e relação com as condições sociais e econômicas no momento vão desenhar a forma de oferta de bens e serviços à população.

As políticas de saúde no país se constituíram sob a égide liberal cujo interesse era garantir as condições necessárias para a reprodução da força de trabalho, e não na perspectiva dos direitos e dos cuidados dignos aos indivíduos, realidade que vai determinar as primeiras ações estatais no setor de saúde brasileiro. Por um longo período, a saúde consistia em ações distintas para públicos específicos, com [...] “a medicina para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a saúde pública, para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária”. (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 04)

O Estado foi expandindo o modelo de assistência em saúde com ênfase no modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e da prática especializada (ALMEIDA, 1997) através da assistência médica previdenciária, criado pelo Estado para o contingente de trabalhadores(as). Concomitante, o movimento pela medicina preventiva e social no Brasil é potencializado com a difusão das ciências sociais como base da análise do fenômeno saúde/doença, corroborado pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando a Atenção Primária de

Saúde é definida como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população.

Esta situação da saúde foi um dos pilares do movimento da reforma sanitária no Brasil que desafia o Estado para a construção de um modelo de atenção integral à saúde que contemple os níveis da promoção, prevenção e assistência nos diversos pontos de complexidade organizacional dos serviços, na perspectiva de superar os ainda vigentes modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista e modelo sanitarista. (TEIXEIRA, 2010)

O ideário que inspirou a Constituição Federal de 1988 via a mobilização social que lutou com a bandeira de que Democracia é Saúde, e fundou o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a consagração do direito à saúde como preceito constitucional e a existência de um arcabouço jurídico-legal pleno, de cunho universalista e igualitário. Contudo, a Década de 1990 foi um período histórico eivado de contradições no contexto econômico (SOARES, 2001) e político brasileiro: a conquista do direito da escolha livre dos governantes e a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados ocorreram, paradoxalmente, no ambiente de ajuste econômico e de reforma das estruturas do Estado, implicando na retração do financiamento das políticas sociais e no agravamento das históricas desigualdades sociais.

A reforma do Estado tem desregulamentando e flexibilizado o trabalho e a gestão, alterando a relação público-privado existente no serviço público. E, com a lei da responsabilidade fiscal, obrigando os municípios e estados a compor variadas formas precárias de vínculos no trabalho.

Esta situação reflete-se na ausência de uma política de recursos humanos no SUS, com suas diferenças estruturais entre

as esferas de governo, e a multiplicidade de relações de trabalho nos serviços, agravando as condições de trabalho, com “uma grande desestruturação do serviço público, devido às práticas de terceirização sem critério e por muitas vezes ilegal. (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 197). A consequência está no prejuízo na oferta qualificada de serviços e ações de atenção na saúde para os cidadãos brasileiros.

O esforço da política pública e da mobilização de diversos coletivos despendido até o momento atual produziu um sistema de saúde de magnitude ímpar para um país continental com determinadas peculiaridades sociais, econômicas e políticas. A institucionalização do SUS calcada em seus princípios e objetivos significou uma nova abordagem de concepção, de estrutura e de assistência à saúde para os gestores, trabalhadores(as) e usuários(as), produzindo, entre outros efeitos, uma “expansão da capacidade instalada na assistência em saúde; municipalização dos empregos; maior qualificação da equipe de saúde”. (MACHADO et al, 2011, p. 105)

O avanço da atenção básica é um indicador para se medir o tamanho do SUS: 60,02% de proporção de cobertura populacional nacional estimada por Equipe de Saúde da Família, e 5.381 municípios com Equipe de Saúde da Família, de um total de 5.570. (PAIM, 2015). A expansão do mercado do trabalho do setor representa mais de 11% do mercado formal brasileiro, setor “constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às suas práticas”. (GADELHA et al, 2012, p. 157)

O trabalho dos profissionais da saúde é determinante para a o alcance da integralidade da atenção. Esta questão se amplifica com as peculiaridades das atividades do trabalho em saúde a partir da presença do usuário, por ser uma “fonte de

variabilidades e imprevistos, aumentando as exigências sobre o trabalhador”. (GOMES, et al, 2005, p. 113)

A situação de saúde no Brasil (MENDES, 2010) se caracteriza por uma tripla carga de doenças, com 2/3 determinada por condições crônicas; uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; a forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, e forte crescimento da violência e das causas externas. Esta é a realidade a ser enfrentada por variadas profissões com formação universitária e técnica no setor da saúde, o que deriva na relevância da formação profissional para o setor.

A responsabilidade pelas ações de educação na saúde está incluída na Lei 8.080 de 1990, nos termos de “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” visando consolidar mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. Parte da premissa de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores(as) no SUS sejam definidas a partir da identificação dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. (BRASIL, 2009a)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996, definiu a substituição do currículo mínimo dos cursos de graduação pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), implantadas em 2001, bem como induziu uma maior articulação das Instituições Ensino Superior (IES) com a sociedade, para concretizar a relevância social da ação acadêmica. Em decorrência, ocorreu um novo dimensionamento do ensino na atenção primária à saúde, favorecendo a “dinâmica formativa dos cursos por meio da integração ensino-serviço, com a participação de professores, alunos, residentes, gestores, trabalha-

dores(as) da saúde, usuários(as) dos serviços e comunidade”. (BRAVO, et al, 2014, p.25)

A formação de profissionais da saúde deveria ter como objetivos a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”, sendo a melhor síntese para esta designação “a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas”. (BRASIL, 2004, p. 7). Várias avaliações têm sido feitas nas últimas décadas sobre a formação profissional, sendo seus pontos mais críticos uma formação distante da organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, com pequena relação com a realidade social e epidemiológica da população. Os currículos são fragmentados e não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia. Pouco explorada a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação no processo de atenção. (BRASIL, 2009b)

O perfil dos egressos dos cursos atuais de graduação em saúde revela um débil compromisso com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, bem como uma frágil “compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, e fraca formação humanística”. (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1.681). Para corroborar esta avaliação, se registra uma vivência refletida de estudante de graduação de curso da área da saúde: “sempre aprendi na vida acadêmica o tratamento adequado para ‘doenças, mas até hoje nunca aprendi dentro da universidade o remédio mais simples e de fácil aquisição para a maioria das doenças: o ouvir e falar””. (BATISTA, 2006, p. 55).

Variadas políticas públicas na saúde e na educação foram criadas e implementadas para qualificar e mudar a situação com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido, como REUNI, PRÓ-SAÚDE (ALMEIDA FILHO, 2011) e o PET-Saúde, nas suas diferentes ênfases temáticas a partir de 2005. Estudos que pesquisaram resultados do PET-Saúde detectaram que o mesmo “conseguiu alcançar objetivos importantes como a integração ensino-serviço, a vivência da interdisciplinaridade no âmbito da APS, as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, e o desenvolvimento de pesquisas direcionadas às necessidades do SUS”. (PINTO et al., 2013, p. 2206). Para ilustrar os avanços já existentes na política de formação de forma articulada nos serviços de atenção básica, se registra outra vivência refletida de estudante de graduação de curso da área da saúde: “quando saímos do Hospital [...] é que nos deparamos com o óbvio e o cotidiano e nos damos conta de que eles ficaram durante um bom tempo esquecidos em alguma gaveta de algum serviço de saúde”. (CARVALHO, 2006, p. 99).

Pode-se concluir que o sistema local de saúde não é mais apenas o lugar da aplicação do conhecimento e da técnica, mas o lugar da aprendizagem, [...] da capacidade de aposta e transformação do próprio trabalho, a disponibilidade das equipes em refletir sobre o cotidiano e construir soluções para as questões que o atravessam. (FERLA et al, 2015, p. 17).

2. Outros olhares em saúde: pensamento complexo e pesquisa-ação

Ceccim e Ferla (2009) fazem-nos o convite: “o ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver”. Viver é uma aventura.

O ideário de precisão, disjunção e especialização da ciência cartesiana atravessaram a área da saúde, muitos dos quais configurados no modelo biomédico, permitindo avanços. Contudo, são prementes lacunas, para citar algumas, como aquelas encontradas nas práticas interprofissionais, nas divergências sobre percursos terapêuticos ou na execução local de diferentes políticas públicas.

Os atuais desafios do processo de determinação social e biológica de saúde e do processo de adoecimento, da questão da educação em saúde e do mundo do trabalho configuram um convite para caminhadas com outros olhares: de abertura, articulador de diferentes saberes, que contemple a incerteza e a emergência dos fenômenos e suas abordagens. Diante desse panorama o pensamento complexo configura-se como uma via possível. Almeida-Filho (2005) afirma que esse outro paradigma não apenas é uma forma para explicar fenômenos conhecidos, sobretudo uma abertura da ciência àqueles outrora excluídos.

O pensamento complexo, segundo Morin (2015), anima-se pela aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor e que considera possível a incompletude do conhecimento. Desse modo, a complexidade é uma maneira de tecer junto e em conjunto. Isso implica em construções e (re)construções de saberes com os contextos.

A aposta na transdisciplinaridade como parte de outros olhares para o cotidiano é, sobretudo, um convite para uma ciência menos binária e que contempla os seus múltiplos ruídos. Percebemos que paulatinamente os currículos dos cursos de graduação em saúde tomam essa questão como fulcro para diminuir as distâncias entre ensino e educação pelo trabalho, perfazendo a formação e as práticas em saúde mais exitosas.

Faz mister a ambivalência trazida por Demo (2000) da “certeza da incerteza”: a incerteza traz oxigênio para a captação da realidade. Conforme nos aponta Merhy (2002), o trabalho vivo é feito em outras direções e, indispensavelmente, em ato pois assim modifica e produz algo novo. As diferentes tecnologias leves, concebidas com saberes populares e “não-científicos” e que logram êxito no cotidiano do nosso SUS, demarcam isso. A emergência, portanto, é característica dessa outra forma, digamos, de se fazer ciência. Também contemplas as ações profissionais, de ensino e pesquisa que se demonstram abertas a contradição, a não-linearidade, a pluralidade e a multiplicidade.

Contudo, os caminhos para lidar com o olhar do pensamento complexo encontram-se em desenvolvimento (SCHRAMM, 2010). O campo da saúde constitui terreno profícuo, afinal ocupar-se dele requer lidar com problemas, analisar diferentes lógicas e, as eventuais soluções ou interações, requisitam diferentes habilidades.

Do ponto de vista metodológico e, também, da interação na ciência, a metodologia da pesquisa-ação traz potência às análises e reflexões sobre questões sociais. No que tange a Saúde Coletiva, nota-se a crescente utilização da pesquisa-ação pelos(as) trabalhadores(a) de saúde, os(as) usuários(as) e os movimentos sociais. Paulatinamente diversos grupos tem apostado nessa metodologia como possibilidade de interações mais sensíveis e efetivas.

A concepção da pesquisa-ação no nosso país, influenciada pela pedagogia de Paulo Freire, tem sido fruto de reflexões teóricas apuradas como aquelas de Michel Thiollent (2007). Para além do desenvolvimento de pesquisas que posteriormente são aplicadas, ou seja, as “pesquisas clássicas”, o que se prevê nessa mudança paradigmática é uma interação do(a)

pesquisador(a) com a realidade circundante. Portanto, há uma simultaneidade da execução da investigação e, também, da intervenção.

Segundo Dionne (2007) a distinção entre pesquisa-ação e pesquisa aplicada não se deve apenas a uma diminuição de tempo entre uma pesquisa e a sua proposição. O encurtamento é, sobretudo, entre os envolvidos no processo, que se imbricam e se mobilizam para, no mesmo processo, problematizar, propor, agir e refletir sobre determinado tema ou problema. De caráter didático, uma vez que há particularidades e dinâmicas próprias do que se investiga, o ciclo de uma intervenção contempla quatro fases, a saber: (I) identificação das situações iniciais; (II) projeção das ações; (III) realização das atividades previstas; e (IV) avaliação.

Destarte, o pensamento complexo parece ser indispensável aos atuais desafios da sociedade. Para lidar com o ensino e a interação com situações como a violação aos direitos, a violência, o abuso de drogas, o racismo, a homofobia, a população em situação de rua urge o vívido desejo de aventurar-se com novas dinâmicas na produção do conhecimento.

3. A produção presente no livro

Esta produção apresentada pelos realizadores de projetos PET-Saúde está dividida em duas sessões. A primeira, versa sobre o Percursos formativos em território e a segunda sobre Experiências do trabalho em cena.

No que tange a interdisciplinaridade, como possibilidade para lidar com as complexas realidades em saúde, foram selecionados exemplos vívidos. Assim, são apresentadas experiências como a do cuidado ao diabetes em uma perspectiva ampliada de saúde, com vistas a integralidade e a instituição das redes de atenção à saúde. Na direção da promoção da saúde e

sexualidade, com menor foco em questões normativas selecionamos para a leitura as potencialidades de ações nas áreas de nutrição, odontologia e enfermagem.

A ressignificação de conceitos e práticas, a luz da educação popular, questões muito caras para uma saúde mais sensível e dialógica, são também centralidades em muitos dos relatos aqui selecionados. Assim, por um lado são inspiradores o círculo de cultura, outrora proposto por Paulo Freire, e cuja sinergia com um grupo de gestantes adolescentes. Por outro, ações intersetoriais como o café cultural psicossocial, proporcionam conhecer e compreender como interagir com as diferentes demandas da população em situação de rua.

Ante aos desafios metodológicos é possível encontrar percursos participativos e articuladores. A mudança de olhares proporcionada pela pesquisa-ação, estratégia potente que permite agir no campo da prática e investigar sobre ela, permite maiores vislumbres da tríade dita indissociável – o ensino-pesquisa-extensão. Assim, as potencialidades podem ser observadas em temas diversos: na vigilância em saúde, na educação em saúde, no apoio matricial, nas redes de urgência e emergência ou outras redes de atenção.

Os relatos sobre a educação pelo trabalho aqui selecionados são singulares mas, ao mesmo tempo, interconectados com tantos outros, a medida que partilham de processos semelhantes de construção, de prática ou de visões conceituais e paradigmáticas do ensino e do mundo do trabalho em saúde. Fecundos, múltiplos e inacabados são convite para aventuras que demonstram: o SUS desejado depende do que fazemos nos espaços universitários, nos equipamentos de saúde, nos territórios, na vida.

A todas e todos, uma leitura inspiradora.

Referências

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A Miragem da Pós-Modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores(a) em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1677-1682, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>

ALMEIDA FILHO, N.M. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: VICTORA, CG et al. (orgs.) **Saúde no Brasil**: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.M Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade** v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005

BATISTA, DA. Doença não é só o que a gente vê, mas o que a gente “sente”. In: VASCONCELOS, EM; FROTA, LH; SIMON, E. (org.) **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2009 a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender-SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, VAA; CYRINO, EG; AZEVEDO, MAR. Ensino na atenção primária à saúde e as diretrizes curriculares nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, AP; GODOY,D; CYRINO, EG. **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

CARVALHO, F. O óbvio negligenciado. In: VASCONCELOS, EM; FROTA, LH; SIMON, E. (org.) **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECCIM, R.; FERLA, A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009

COSTA, N.R. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

DEMO P. **Certeza da incerteza: ambivalência do conhecimento**. Brasília: Plano, 2000. 184p.

DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Liber Livro Editora, 2007. 132p.

FERLA, AA; ROCHA, CMF; DIAS, MTG; SANTOS, LM. Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção. In: FERLA, AA; ROCHA, CMF; DIAS, MTG; SANTOS, LM. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde (orgs.)** Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 10 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

GADELHA, P; CARVALHO, JN; PEREIRA, TR. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospec%C3%A7%C3%A3o-estrat%C3%A9gica-do-sistema-de-sa%C3%BAde>.

GOMES, RS; PINHEIRO, R; GUIZARDI, FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO,R; MATTOS, RA. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco, 2005.

MACHADO, MH; KOSTER, I; Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUN-

ÇÃO, AA; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MACHADO, ME; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (Orgs.) **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2011.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Ciências e saúde coletiva**, 15 (5): 2297-2305, 2010.

MERHY, E; QUEIROZ, M. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 1993.

MERHY, E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5a. edição. Porto Alegre: Sulina, 2015. 120 p.

PAIM, JS. **O que é o SUS: e-book interativo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>

PINTO, ACM, et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(8):2201-2210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/04.pdf>

SCHRAMM, FR. Pensamento Complexo e Saúde Pública. In: Hortale, A. et al. **Pesquisa em saúde coletiva**: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 85-103, 2010.

SOARES, LTR. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

TEIXEIRA, C. (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

Thiollent, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 132p.





**Sessão 1:
Percurso formativo
em território**

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção: Desatando Nós e Cruzando Linhas

**Fernanda Sarturi
Ricardo Martins
Darielli Gindri Resta
Andressa Andrade
Luana Possamai Menezes**

O intuito de materializar as relações entre ensino-serviço-comunidade, por meio da inserção de estudantes dos cursos de graduação da área da saúde nos locais de futuro exercício profissional, como também o investimento em projetos de pesquisa e extensão nestas localidades, corrobora com ideais educativas e potencializadoras, focando-se nas trocas educativas, no aperfeiçoamento e qualificação das ações em saúde (CALDAS et al., 2012; NUNES et al., 2012).

Tal premissa abarca os objetivos enfatizados pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), cuja iniciativa partiu do elo entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008). Alguns objetivos incluem: contribuir com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde; promover a formação de profissionais com perfil adequado às demandas e políticas de saúde brasileiras e proporcionar a articulação entre ensino e serviço na saúde (CALDAS et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012).

O PET-Saúde tem como um dos pressupostos a educação pelo trabalho, baseada no aperfeiçoamento de profissionais da saúde e na formação acadêmica por meio da relação existente entre esses sujeitos nos cenários de práticas assistenciais, além da estreita proximidade com a comunidade ao desenvolver ações em saúde. Diante das experiências exitosas do PET – Saúde, o MS lançou em 2013 o edital nº 14, de 8 de março de 2013, de seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede de Atenção à Saúde - PET/ Saúde Redes de Atenção à Saúde - 2013/2015, cujo pressuposto relaciona-se à promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio do fomento de grupos de apren-

dizagem tutorial no âmbito do desenvolvimento das redes de atenção à saúde.

Este edital também teve como propósito, caracterizar-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção de Redes de Atenção à Saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe destacar que estas conjecturas partem de uma parceria efetiva entre Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior. É neste sentido, que o desafio se coloca, como sendo o de formar profissionais aptos a atuar com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS) (NUNES et al., 2012).

Tomando como referência as responsabilidades compartilhadas entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, cabe aos sujeitos envolvidos buscar novos conhecimentos a fim de desenvolver práticas que deem significado ao cuidado. Com isso, evidencia-se a necessidade de um ensino em saúde que propicie a formação de profissionais comprometidos com a integralidade e interdisciplinaridade, fundamentando-se nos princípios e diretrizes do SUS (ASSEGA et al., 2010).

Desta forma, este trabalho busca relatar as experiências vivenciadas pelos docentes da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul (RS), envolvidos com o PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde, com relação às ações desenvolvidas na rede de saúde.

O programa foi construído interligando a UFSM - PM, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Palmeira das Missões e a Secretaria Estadual de Saúde através da 15ª e 19ª Co-

ordenadorias Regional de Saúde. Ele está associado ao desenvolvimento e expansão dos grupos constituídos a partir dos componentes curriculares, de projetos de extensão e pesquisa, e contribui para que os investimentos do SUS na região se façam de forma a produzir e fortalecer redes de atenção coordenadas pela atenção básica.

Processo Metodológico

O apoio para as equipes ou coletivos organizados para a produção (CAMPOS, 2000), especialmente da atenção básica, deve ser feito de forma a estimular o trabalho interdisciplinar e o diálogo entre diferentes saberes. O apoio matricial visa a ampliação da clínica e a ampliação de competências para a coordenação do cuidado. Neste espaço de atuação, há ênfase na discussão e desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para casos mais complexos, eleitos pela equipe da atenção básica ou identificados pelos diferentes atores do PET- Saúde Redes em movimento nos diversos pontos da rede (Campos; Domitti, 2007).

O apoio para as equipes da Atenção Básica segue o conceito elaborado por Campos (2000) e a proposta de apoio apresentada pelo Ministério da Saúde e integra-se a implantação do Hospital Público Regional em um trabalho que se denominou Fortalecimento da Rede de Saúde. Este projeto toma Redes, Linhas de Cuidado, Clínica Ampliada/Projetos Terapêuticos e Co-gestão como referenciais teórico-operacionais para a produção das redes, da gestão e do cuidado (CUNHA; CAMPOS, 2014).

A tecnologia do PTS é acrescentada às ofertas metodológicas do Modelo Calgary (de avaliação de famílias). Desta forma, pretende sustentar o vínculo de sujeitos e grupos à atenção básica, não apenas como uma formalidade ou opção racionalizadora de recursos, mas porque o conhecimento inter-

disciplinar de uma equipe próxima ao lugar onde a pessoa vive provoca a ideia de ‘território vivido’ de Milton Santos (1998), podendo conhecer as características deste território e da rede social de entorno, aspectos importantes para a ampliação da clínica (RIGHI, 2010; BRASIL, 2011).

Em relação à alteração do modelo de atenção e gestão se estabelece um diálogo com a obra de Eugênio Vilaça Mendes na medida em que se concorda com a existência da necessidade urgente de criar condições para a superação das características do que se denomina ‘modelo centrado na expectativa de cura de pacientes agudos para um modelo centrado na expectativa do cuidado, do acompanhamento de situações crônicas, capaz de enfrentar os complexos problemas que a sociedade brasileira tem apresentado ao SUS (MENDES, 2012). Também são referências importantes os princípios, diretrizes e o método inclusivo de gestão proposto pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

A Implantação do PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde

A UFSM foi criada em 1960, sendo até 2001 constituída por oito centros sediados em Santa Maria. Em 20 de julho de 2005, o Conselho Universitário aprovou a criação do Centro de Educação Superior Norte - RS (CESNORS). O CESNORS é um centro com dois campi, um campus em Frederico Westphalen e outro em Palmeira das Missões. A instalação do CESNORS objetivou impulsionar o desenvolvimento da região norte do estado do Rio Grande do Sul, visando à expansão da educação pública superior, por isso hoje denominado UFSM – Campus Palmeira das Missões e UFSM – Campus Frederico Whesphalen.

O Departamento de Ciências da Saúde desta instituição é o proponente do PET/Saúde Redes articulando os dois cursos de graduação a ele vinculados, o curso de Enfermagem e o de Nutrição. Atualmente, o Departamento conta com 30 professores, sendo 16 doutores e 17 mestres (destes, 10 doutorandos), graduados nas diferentes áreas da saúde. Além da graduação, oferece, desde 2009, a Pós-Graduação lato sensu em Gestão de Organizações Públicas em Saúde (modalidade a distância), qualificando trabalhadores para atuação na rede de atenção em saúde da região. Há integração entre a UFSM - PM e a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde (15ª. CRS), a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES- Regional) desde a implantação da universidade e, mediante esta parceria de construção e mudanças loco regionais, tornou-se possível reunir ensino e serviço no mesmo espaço para construção do PET – Saúde Redes.

Cabe destacar que o município de Palmeira das Missões está localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul e possui uma população residente de 34.328 habitantes (IBGE, 2010). Os pontos da rede de saúde vinculados que fazem parte da implementação desta proposta são: seis Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobrem 60% do município; uma Unidade Básica de Saúde (UBS); um Centro de Planejamento e Atenção à Saúde da Mulher (CEPAM), serviço que atualmente trabalha sob duas perspectivas – primeiro, servindo como referência para as ESFs e, segundo, como UBS atendendo a demanda populacional descoberta pelas ESFs e a zona rural; o Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (HCPM), instituição que conta com 100 leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica, maternidade, pediatria e berçário; Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU),

que conta com duas unidades, sendo uma de suporte básico de vida e outra de suporte avançado de vida, (estas unidades fazem uma média de 76 atendimentos/mês); a Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e a 15ª CRS. Ao considerar estes pontos de rede, o principal objetivo do PET/Saúde Redes é fortalecer as redes de atenção à saúde, implementando linhas de cuidado prioritárias, potencializando a atenção básica como coordenadora do cuidado e qualificando a atenção a saúde nos diversos pontos da rede.

As redes que constituem o PET/Saúde Redes da UFSM – PM são: Rede de cuidado a pessoa com deficiência; Rede de atenção psicossocial: priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas; e a Rede de atenção às urgências e emergências/SOS Emergências.

Desatando Nós e Traçando Linhas

As atividades desenvolvidas pelos tutores, preceptores e bolsistas são pautadas no fortalecimento de redes de atenção à saúde, buscando revigorar a atenção básica como espaço de clínica ampliada, educação permanente, problematização, participação social, educação interprofissional, gestão compartilhada e, de centralidade no usuário. O desenho das redes de atenção dá ênfase ao desenvolvimento da rede territorial da região 15 de saúde (15ª e 19ª CRS), com investigação a respeito dos equipamentos, pontos de redes, capacidade instalada na atenção básica, trabalho em saúde e formas de gestão.

O trabalho com as Comissões Intergestores Regionais (CIRs – ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013) também tem a presença de alunos. Este proporciona suporte para decisões a respeito dos serviços que a região precisa constituir, indicando áreas que o novo hospital deverá criar, bem como as fragilidades da rede e pontos estratégicos para as redes temáti-

cas que estão sendo pactuadas na região. São ações desenvolvidas por todos os grupos: fluxogramas analisadores de serviços e linhas de cuidado; PTSs nas diferentes redes prioritárias; apoio para equipes das diferentes unidades de produção que compõe a rede; articulação com a comunidade acadêmica e movimentos sociais; reuniões com equipes e entre os integrantes das redes; rodas de conversa articulando modos de atenção e modos de gestão; experimentação no trabalho em rede e processos de cogestão.

O PET – Saúde Redes de Atenção da UFSM-PM tem buscado oferecer aos alunos espaços de formação voltados para as demandas de saúde e alicerçadas nas prerrogativas do SUS. Estudos realizados em diversos países (FRENK et al., 2010) analisaram três gerações de reforma no sistema de formação em saúde e consideraram ser uma tendência atual do ensino a sua integração aos sistemas de saúde. Para outros autores (FERNANDES et al., 2005; Ellery; Bosi; Loiola, 2013), trata-se de construir um processo de troca dialogado e investigativo que viabilize a aprendizagem em saúde e sobre saúde, experiências que são potencializadoras na construção, reconstrução e significado de conhecimento.

Outras ações, como o apoio institucional para a equipe da 15ª CRS; a participação na atualização do Plano Municipal de Saúde de Palmeira das Missões e Plano Regional de Educação Permanente; o apoio matricial das equipes de ESF de Palmeira das Missões; o apoio para a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões e a participação no Colegiado Gestor também constituem ações de saúde desenvolvidas pelos grupos de trabalho.

Este movimento tem levado a uma perspectiva de um método menos individualista e mais coletivo, no qual a centralidade está na equipe de saúde, no cidadão, no serviço, na rede

de atenção à saúde. Tais prerrogativas pressupõem o método de cogestão, no qual todos participam, não há tomada de decisão isolada, todos possuem o mesmo poder de governabilidade (CAMPOS, 1998).

Quando as ações são compartilhadas, o compromisso entre os sujeitos envolvidos no sistema de saúde é paritário e, por sua vez, coletivo. É neste espaço que o trabalho em saúde operacionaliza sua atuação junto às demandas de saúde, provocando reflexões e criticidade sobre os diferentes modos complementares de produzir saúde. Sob este contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH – BRASIL, 2009) propõe um modelo de gestão centrado na equipe, com construção coletiva em espaços compartilhados para análise, decisões e avaliações – analisa, planeja e executa. A implementação deste modelo junto aos serviços de saúde tem sido realizada por meio do Colegiado Gestor, espaço que permite estimular aspectos como a reflexão, a autoestima, a criatividade, a responsabilidade social, a troca de saberes, a empatia, entre gestores, trabalhadores e usuários – o que promove democratização na tomada de decisão e viabiliza a gestão participativa.

Outra ação relevante que tem sido utilizada como arranjo para cogestão/gestão participativa nos espaços de saúde é a atividade de Apoio, seja este Matricial e/ou Institucional junto aos coletivos de trabalhadores e gestores. O Apoio Matricial em saúde tem por objetivo assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais envolvidos na atenção a problemas de saúde, sendo personalizado e integrativo (CAMPOS, 1998, 2000, 2003; CUNHA; CAMPOS, 2011). É uma metodologia de trabalho complementar que visa ofertar suporte técnico-pedagógico aos trabalhadores da saúde, no atendimento, projetos terapêuticos, discussões de casos, análise de fluxos, recursos humanos e financeiros, dentre outras atividades. Sob este as-

pecto, percebe-se o PET-Saúde Redes de Atenção como potencializador no cenário da saúde local com qualidade e reforço aos pressupostos do SUS fortalecendo a atenção básica como coordenadora do cuidado.

O grande exercício provocado com a implementação das ações do PET-Saúde Redes de Atenção foi realizar a análise situacional da saúde loco-regional a partir do olhar de gestores, trabalhadores, usuários, docentes e discentes considerando o vivido, a oferta, a demanda, o recurso e a disponibilidade. Sabe-se que existe o pré-estabelecimento de redes de atenção prioritárias pelo MS sustentadas por indicadores em saúde. No entanto, é visível que cada localidade estabelece um itinerário terapêutico paralelo por entre os pontos da rede. Esta percepção precisou e precisa ser considerada diante dos nós da rede. O arcabouço de informações, tecnologias e conhecimento (teórico/prático) tornam o desatar de nós e o traço de linhas, novas ou não para os usuários, um emaranhado de fios a serem interligados para que sejam vistos/reconhecidos. Diante disso, no item acima se expôs as diferentes metodologias reconhecidas e elegidas por este coletivo para implementação do programa, o que não subtrai das ações pontualmente pensadas por cada ponto que constituem as redes contempladas. Neste sentido, se descreve um pouco de cada uma das três redes, os pontos a serem considerados e suas organizações.

As Redes de Cuidado

A rede de cuidado à pessoa com deficiência articula com as Estratégias de Saúde da Família (ESFs) as ações da atenção especializada representada pela APAE, bem como com o atendimento hospitalar do HCPM e ações da 15 CRS.

De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2010), 34% da população residente em PM é portadora de algum tipo de de-

ficiência como visual, auditiva, motora ou mental. A maior parte destas foi adquirida ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de ações contínuas de saúde e a importância da discussão e construção da rede de cuidados.

Ao dialogar com os diferentes serviços visualiza-se a situação da rede de cuidados a pessoas com deficiência em PM. As unidades de ESF desenvolvem algumas atividades voltadas aos portadores de deficiência nas diferentes etapas da vida, destacando-se: ações de cunho preventivo, educativo e de assistência.

A equipe multidisciplinar da APAE realiza cerca de 412 procedimentos/mês, atendendo a uma demanda espontânea e usuários encaminhados por escolas, CRS e médicos pediatras. A cada ano a APAE recebe em média 60 novos casos que são acompanhados pelo atendimento especializado nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, assistência social, pediatria, hidroterapia, terapia ocupacional, neurologia e psiquiatria.

Na 15ª CRS são registradas demandas de pessoas com deficiência principalmente aquelas que provêm de famílias de baixa renda, as quais são direcionadas à avaliação para atendimento especializado com comprometimento do Estado. Já o HCPM absorve a demanda por internações de complicações decorrentes das situações de deficiência.

A mensuração da realidade de pessoas que são portadoras de alguma deficiência reforça a importância da temática como uma área prioritária de investimentos dos diferentes campos, sobretudo da saúde, favorecendo a formulação de políticas que vislumbrem a produção de cidadania a esse público. Ainda, a construção da rede de cuidados à pessoa com deficiência comunica-se com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012/ 2015 (BRASIL, 2012), alinhando-se aos desafios de aperfeiçoamento do SUS para que a população tenha acesso a um serviço de qualidade, com equidade e compromissos pactuados na rede

de atenção à saúde, principalmente com a articulação dos serviços integrados nesta proposta (APAE, ESFs, HCPM e CRS) e sua articulação intersetorial.

As ações desenvolvidas por meio do PET/Saúde nesta Rede de Cuidado tem como objetivos: desenvolver a linha de cuidado para este grupo de usuários; assegurar atendimento especializado; garantir políticas de acessibilidade; proporcionar a investigação precoce de anomalias durante a gestação; promover a inserção social do grupo; realizar atividades de promoção e manutenção da saúde; criação de protocolos específicos para atendimentos das pessoas com deficiência; garantir atendimento domiciliar a pessoa com deficiência e sua família, visando à integralidade das ações por meio do conhecimento da realidade dos usuários. Destes alguns já foram alcançados como a participação na construção de ações preventivas na semana do trânsito municipal, construção de um novo modelo de gestão para as pessoas com deficiências junto à 15ª CRS; ações de educação em saúde junto as escolas com maiores registros destes usuários; promoção da inserção social junto à comunidade; inclusão dos pais no processo de construção da cidadania dos deficientes; análise situacional nos pontos de rede; rodas de conversa junto aos gestores diante das necessidades dos usuários e suas famílias; capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre a temática, além de outros avanços.

A assistência em Saúde Mental (SM), em Palmeira das Missões, organiza-se através das ESFs e uma equipe multiprofissional do ambulatório de saúde mental (SM) serviço este em transição para um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS).

As ESFs caracterizam-se como porta de entrada de um sistema integrado e regionalizado em saúde. Na perspectiva de ampliar a clínica, a equipe do ambulatório de SM co-responsa-

biliza-se com o cuidado dos usuários, além de fornecer suporte técnico especializado e intervenções que auxiliam a clínica ampliada, atuando conjuntamente com outros agentes, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar, Organizações não Governamentais (ONGs), entre outros.

Frente ao contexto da realidade da rede de assistência em SM no município, considera-se de grande importância à implementação do PET/Saúde Redes, por propiciar a integração do ensino, pesquisa e extensão, baseado nos princípios de integralidade, intersetorialidade, corresponsabilidade, humanização, bem como trabalho em rede.

Como objetivos das ações do PET/Saúde nesta Rede de cuidados tem-se: ativar a rede e matriciamento para atenção básica; desenvolver uma linha de cuidado para este grupo de usuários; diminuir o índice de internações; promover inclusão social; reduzir os riscos pelo uso de álcool e outras drogas; utilizar o PTS como principal ferramenta para gestão do cuidado a fim de revelar itinerários terapêuticos existentes e elucidar novos caminhos.

Quanto a Rede de atenção às urgências e emergências/SOS Emergências, o município de Palmeira das Missões não possui uma linha e/ou rede organizada de atendimento. A população busca atendimento de forma desorganizada e de acordo com seu entendimento de resolutividade. Neste sentido, destaca-se que a população de PM possui uma cobertura de 60% por ESF, o que favorece a fragmentação e desarticulação da atenção básica como coordenadora da atenção primária.

Atualmente, os usuários que necessitam de atendimentos de urgência e emergência dispõe de seis ESFs e uma UBS que

atua como referência para população não coberta pela ESF e pela demanda excedente destas. Além disso, contam com uma SAMU e o HCPM, que atende com acolhimento de classificação de risco – situação a qual descaracteriza o atendimento primário em sua população adstrita –, dificultando assim a organização da rede, referência e contra referência na atenção de urgência e emergência.

Os pontos desta rede foram escolhidos considerando que a UBS acolhe toda demanda dos usuários atendidos ou não em áreas cobertas por ESF, incluindo a população rural. Considerando que não há cobertura de 100 % de ESF e que a rede de serviço às urgências é desorganizada, os usuários, ao chegarem na UBS – que muitas vezes não possui suporte para atendimento de quadros agudos – são encaminhados para o encaminhamento para o atendimento hospitalar, acarretando superlotação do serviço, dificultando o acesso dos usuários que realmente necessitariam de um atendimento de maior complexidade.

Em uma das ESF escolhidas como ponto desta rede (Centro Social Urbano) realizou nos últimos 30 dias 32 atendimentos de urgência e emergência, o SAMU 76 atendimentos, a outra ESF ponto desta rede realizou 20 atendimentos e o HCPM 381 atendimentos. Nesse sentido, o PET/Saúde Redes nessa linha tem como objetivos: (re) organizar a rede de atendimento de urgência e emergência; criar Protocolos de atendimento às urgências e emergências; apoio matricial junto à equipe de atendimento de urgência e emergência do HCPM e, padronizar os medicamentos e insumos em urgência e emergência.

A partir do que se propôs para esta rede de cuidado durante um ano foi possível, realizar o mapeamento de atendimentos do HCPM, da UBS, das ESFs e do SAMU; realizar capacitação das equipes de saúde do município sobre atendimento

de urgência e emergência e, desenvolver protocolos de atendimentos, dentre outros avanços.

Considerações Finais

Ao considerar a interlocução entre os espaços de produção de cuidado, gestão e de ensino, o PET/Saúde Redes de Atenção na UFSM – PM tem produzido avanços de co-gestão paralelamente à produção de saúde. O acompanhamento de cada rede tem provocado mudanças em diferentes esferas, destacando-se aqui na gestão da saúde no município e na formação de profissionais de saúde vislumbrando o exercício de um SUS digno e coerente a suas prerrogativas.

A composição de agendas entre universidade e setor saúde em Palmeira das Missões repercutiu em ações positivas no que tange as relações de ensino e gestão. Vale dizer que muitas mudanças têm sido sentidas no cotidiano dos serviços de saúde, bem como nas constantes avaliações do programa junto ao projeto pedagógico no curso vislumbrando articular o idealizado ao possível diante das demandas de saúde, necessidades do SUS e de formação em saúde.

Dentre tantos avanços destaca-se a circulação dos alunos nas e, entre as unidades de produção, o estreitamento de relações entre os serviços, a produção de capacitações, o diálogo e a escuta de diferentes óticas na construção da saúde e fortalecimento das premissas do SUS junto a trabalhadores, discentes, docentes e gestores.

Ao findar este breve relato das ações desenvolvidas pelo PET/Saúde Redes de Atenção na UFSM – PM torna-se inevitável neste um ano de trabalho não perceber o fortalecimento destas redes de atenção no município, bem como das suaves mudanças na prática docente e discente desatando nós, traçando linhas e desenhando fluxos/itinerários.

Referências

Assega M. L. et al. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. *Revista Ciência & Saúde*. 2010; 3 (1): 29-33. Disponível em: <<http://revista-seletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/7027>>. Acesso em 4 de Jul 2014.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regiões de Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012 – 2015**. Brasília: Ministério da saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em 25 de Abr 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e cogestão**. Brasília, DF. 2009, 56p. (Série B. Textos Básicos da Saúde).

Caldas J. B. et al. A Percepção de Alunos Quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Rev. Bras de Educação Médica**. 2012; 36 (1, Supl. 2): 33-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a06v36n1s2.pdf>>. Acesso em 4 de Jul 2014.

Campos, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**. 1998; 14(4): 863-870.

Campos, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos, G. W. S.; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2007; 23(2): 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Cunha, G. T.; Campos, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo. 2011; 20(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Ellery, A. E. L.; Bosi, M. L. M.; Loiola, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviço em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. 2013; 22(1): 187-198.]. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/17.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2013.

Estado do Rio Grande do Sul/ Secretaria da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Fernandes, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo. 2005; 39(4): 443-449. [Acesso em 15 de novembro de 2013]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v39n4/10.pdf>>

Frenk, J.; Chen, L. et al. Health professionals for new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. **Lancet**, Londres. 2010; 376(9753): 1923-1958. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961854-5/fulltext?_eventId=login>. Acesso em 15 de novembro de 2013

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/pesqmun.php?nomemun=palmeira%20das%20miss%F5es>>. Acesso em 25 de Abr 2013

Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 25 de Abr 2013

Nunes, A. A. et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. **Rev. Bras de Educação Médica**. 2012; 36 (1, Supl. 1): 27-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000200004&script=sci_arttext>. Acesso em 4 de Jul 2014.

Righi, L. B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos HumanizaSUS**; v. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Rodrigues, A. A. A. O. et al Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Rev. Bras de Educação Médica**. 2012; 36 (1, Supl. 2): 184-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a27v36n1s2.pdf>>. Acesso em 25 de Abr 2013.

Santos, M. **O espaço do cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998.

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Experiência PRO-PET-Saúde na implantação de um grupo de gestantes adolescentes baseado no Círculo de Cultura

**Francisca Alanny Araújo Rocha,
Glícia Mesquita Martiniano Mendonça
Leidy Dayane Paiva De Abreu
Maria Adelane Monteiro Da Silva
Neires Alves De Freitas
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante**

O Sistema Único de Saúde vem assumindo o compromisso de operar ativamente no direcionamento da formação, incorporando habilidades de criticidade e proposição no trabalho em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Constituem-se exemplos dessa ação a criação de projetos e programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), que correspondem à materialização dos preceitos constitucionais contidos no Artigo 200 da Carta Magna Brasileira de 1988, que prevê a formação de recursos humanos na área de saúde, e no artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). Além disso, vislumbra que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituam campo de prática para ensino e pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esses programas são destinados à formação de grupos de aprendizagem tutorial, aproximando profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e estudantes de cursos de graduação em áreas da saúde. Neste âmbito, a integração ensino-serviço-comunidade apresenta-se como eixo que fortalece a qualificação de profissionais da saúde, o cuidado à comunidade, assim como o trabalho e as vivências dirigidas aos estudantes.

O Pet-Saúde abrange o escopo de oportunidades em disparar processos de aprendizagens a partir do ensino, e iniciação ao trabalho de forma interdisciplinar, por envolver categorias distintas da saúde. A articulação intersetorial e interação ensino-serviço e comunidade trazem estratégias vivenciais de extensão universitárias e incentivo à produção científica que colocam os atores da academia em contato teórico-prático com a saúde, na lógica da atenção, formação, controle social e gestão, unificando, assim, o quadrilátero da formação (OLIVEIRA et al, 2012).

Nessa perspectiva, a inserção prematura de estudantes nos serviços e territórios de saúde promove agregação de valores próprios do trabalho em equipe, prezando o diagnóstico situacional e informações acerca do perfil sanitário. Isso possibilita o mapeamento de problemas, e instiga às especulações de soluções como o movimento de interconexão de problemas erguidos na prática e controvertidos a luz do conhecimento científico na academia, que reverberarão no atendimento as necessidades da população.

Com intuito de viabilizar esses pressupostos, é agregado ao programa o componente da interprofissionalidade como fator intrínseco da formação em saúde e ensino aprendizagem do Pet-Saúde. Consideram-se essas mudanças como inegáveis para abarcar o contexto ampliado de saúde, a partir da subjetividade humana e dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) tratados de modo multidimensional, com ajuntamento de outros campos de saberes pronunciados no ato comunicativo entre as profissões, com resolutividade e efetivação das práticas de atenção a saúde (PEDUZZI, 2013).

Acredita-se nessa estratégia como presumível e promissora para garantir a continuidade do cuidado, integralidade e articulação das ações, com compartilhamento de saberes nucleares das profissões e construção/desconstrução de saberes do campo da saúde coletiva de forma solidária e participativa. Isso remete a diversificação dos modos de promover saúde, primando pela articulação de planos terapêuticos articulados, protagonização do trabalho e organização de intervenções sociais na perspectiva da colaboração interprofissional.

Para consolidar as pressuposições dialogadas até aqui, faz-se necessário estabelecer pactuações entre gestores, docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, trabalhadores do serviço e comunidade como potencial desbravador de

novas práticas destinadas aos usuários em diferentes fases do ciclo de vida para qualificação da atenção (ALBUQUERQUE et al, 2008). Assim, a experiência do Pró-Pet-Saúde apresentada nesse trabalho parte de uma rede específica de atenção à gestante adolescente em âmbito local para construção de uma linha de cuidado integral.

A adolescência constitui-se fase sociocultural construída historicamente, a partir de critérios múltiplos que abrangem as dimensões biopsicológica, cronológica e social. Estar na adolescência é viver um período bastante conturbado na maioria das vezes, em razão das descobertas, das ideias opostas às dos pais e irmãos, formação da identidade, fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras, experiências sexuais e tabus (FERREIRA, 2004).

Com o condicionamento da atividade sexual precoce, as adolescentes estão pré-dispostas a desenvolverem uma gravidez com prematuridade. Isso declara uma situação de risco e vulnerabilidade, já que está associada a fatores inadequados a sua faixa etária (MORAES; VITALLE, 2012). O fato de conceber uma gravidez pode estar relacionado aos distintos processos de vida, influenciados pelos aspectos econômicos, comportamentais e educacionais (MARTINEZ, et al, 2011).

Logo, torna-se necessário que os profissionais aperfeiçoem suas práticas em direção à promoção da saúde desse grupo etário, adotando novas abordagens metodológicas e tecnológicas que se configurem como meios complementares às demais intervenções de saúde.

Dentre estas abordagens, destacamos os grupos como tecnologias inseridas no contexto da atenção primária à saúde que buscam a potencialização dos sujeitos e mudanças de comportamentos. No espaço do grupo, o participante deve ser

valorizado como pessoa humana e suas potencialidades ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis (CAVALCANTI et al, 2002).

Portanto, guiados por essa perspectiva e motivados pela recomendação do Ministério da Saúde e do Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de Baixo Risco de Sobral-CE, ano de 2012, os estudantes monitores do Pró-Pet-Saúde e os profissionais da ESF adotaram a tecnologia da abordagem grupal junto às gestantes adolescentes, com base no “Círculo de Cultura” de Paulo Freire. O interesse por essa abordagem surgiu a partir das necessidades das gestantes, bem como dos profissionais, considerando-se as vulnerabilidades e potencialidades do território, além da relação estabelecida entre estudantes, profissionais, usuários e comunidade.

A escolha por essa abordagem metodológica, tendo como referencial os pressupostos freireanos está pautada na possibilidade de promover um espaço de diálogo, escuta, compartilhamento e troca de saberes, proporcionando relação de confiança e vínculo entre usuários e profissionais, necessários às ações de saúde. Entendemos que o *setting* do grupo permite a expressão de dúvidas, sentimentos, anseios inerentes ao processo gravídico e à própria fase da adolescência.

Ressaltamos a importância da inserção acadêmica nessa realidade, tendo em vista a oportunidade do desenvolvimento de tecnologias educativas junto às gestantes adolescentes em um território vulnerável. Entendemos que a partir de estratégias como esta é possível contribuir para a prevenção de uma nova gestação não planejada, minimizando problemas emocionais e sociais, convergindo para assistência integral e humanizada na busca da melhoria da qualidade de vida das adolescentes. Desta forma, objetivamos descrever a experiência

do grupo Pró-Pet Saúde na implantação do grupo de gestantes adolescentes em Sobral/CE, por meio de ações interprofissionais baseadas nos Círculos de Cultura de Paulo Freire.

Metodologia

As ações ocorreram no período de outubro de 2012 a maio de 2013, a partir da vivência e inserção de acadêmicos do Pró-Pet-Saúde dos cursos de Enfermagem e Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no processo de implantação de um grupo de gestantes adolescentes que realizavam pré-natal no Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa do bairro Padre Palhano, em Sobral – CE.

Os sujeitos selecionados para participação da abordagem grupal apresentavam os seguintes pré-requisitos: adolescentes de faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), que estavam em processo gravídico e que desejassem fazer parte de um grupo.

As ações de extensão foram orientadas pelos referenciais teórico- metodológicos do “Círculos de Cultura” de Paulo Freire (2011) e o Contrato em Saúde de Loomis (1979). O Círculo permite aos participantes e pesquisadores elaborar processos de conhecimento e ação a partir de suas reais necessidades, e em conjunto articular alternativas para resolvê-las, facilitando o processo de cuidado (BRANDÃO, 2005). O Contrato de Cuidado de Saúde previamente esclarecido é um negócio aberto, um jogo de expectativas mútuas que indicam o que o profissional de saúde e o cliente podem esperar um do outro. Esse acordo pode ser renegociado ou finalizado a qualquer hora e deve ser novamente esclarecido toda vez que se fizer necessário (LOOMIS, 1979).

O “Método Paulo Freire” (FREIRE, 2011) orienta cinco momentos: a investigação temática, pela qual os componentes

do círculo e o animador buscam, no **universo vocabular** e no uso das **palavras geradoras** dos participantes e da sociedade onde eles(as) vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias; a **tematização**, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos visam seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido e a **problematização** e a **chamada de reflexão**, por meio da qual eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

O trabalho grupal deve ser organizado em quatro determinantes interdependentes: objetivos, estrutura, processo e resultados do grupo. O contrato de Loomis (1979) utilizado na vivência contempla os objetivos pactuados pelos participantes do grupo e a estrutura disponível definida para a realização dos encontros. Um contrato de cuidado de saúde configura-se em acordo mútuo entre os membros de um grupo com o fim de atingir os objetivos estabelecidos. Deve ser flexível e atender os anseios dos participantes.

Desta forma, tomando esses referenciais por princípio delimitador seguimos as fases:

Levantamento e Planejamento: No primeiro encontro conhecemos o CSF e em conversa com seis profissionais de saúde, entre estes: quatro enfermeiros, um médico e um dentista, em que foi levantada a necessidade da implantação de um grupo de gestantes adolescentes, sendo justificado pelo elevado número de casos identificados no bairro.

A partir daí, definimos as estratégias apoiando-nos no referencial. Inicialmente acompanhamos as consultas pré-natais das gestantes adolescentes. Registramos esta vivência por meio de observação. Posteriormente, identificamos o universo vocabular das mesmas, por meio de entrevista semiestrutura-

da. Surgiram palavras-geradoras referentes à saúde da mulher e do bebê que direcionaram os encontros grupais.

Execução e Avaliação. Aconteceram dez (10) encontros. Para a problematização das temáticas utilizamos técnicas de grupo, texto-base e momentos de relaxamento, além de mantermos a escuta ativa e atitude de valorização do sujeito. Cada encontro foi organizado em três momentos: acolhimento, desenvolvimento e avaliação. Nosso intuito era promover práticas educativas voltadas para a promoção da saúde e abordar temas relacionados à realidade das gestantes adolescentes, possibilitando aproximação, interação e diálogo entre o conhecimento científico e o popular. Ressaltamos que o grupo implantado era livre/aberto, com média de seis participantes em cada encontro.

Toda a vivência seguiu as recomendações da resolução 466/12, sendo a proposta de pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA, com aprovação sob CAAE nº 02574512.1.0000.5053.

A seguir, descrevemos detalhadamente cada etapa nesse processo de implantação e desenvolvimento do grupo de gestantes adolescentes.

Resultados e discussões

Levantamento e Planejamento: de encontro com a problemática

Por meio da abordagem dialógica apresentamos em momento coletivo com a equipe de saúde os objetivos de estarmos inseridos no serviço e de trabalharmos tecnologias educativas nesse território. Na conversa, identificamos as necessidades dos profissionais de saúde em implantar um grupo de gestantes adolescentes, pois os mesmos mencionaram que estas eram

ausentes em espaços como esses proporcionados pela unidade de saúde. Relataram ainda que a maioria das gestantes adolescentes quando questionadas sobre o porquê da não participação no grupo, referiam o desejo por um espaço destinado somente a sua faixa etária, pois ficavam receosas e tímidas no meio de outras mulheres com mais experiência na gestação.

Posteriormente, fizemos um levantamento sobre o funcionamento do CSF, a rotina, os dias e horários que ocorriam o pré-natal das gestantes adolescentes. Coletamos os dados dos prontuários, identificando o total de gestantes adolescentes da área adscrita, tendo como resultado 32 adolescentes grávidas. Desta forma, o passo seguinte foi participar da consulta pré-natal das mesmas e para captar o universo vocabular, mediante aplicação de entrevista.

Em seguida, definimos as estratégias a serem adotadas com base no Círculo de Cultura de Paulo Freire, a partir da análise das entrevistas e do conteúdo da observação, permitindo-nos a identificação do universo vocabular das gestantes adolescentes (BRANDÃO, 2005)

O universo vocabular dos grupos se constitui no conhecimento da realidade destes, aproximando educador e educando numa relação mais informal e, portanto, mais carregada de sentimentos e emoções. É igualmente importante para o contato mais aproximado com a linguagem, com os falares típicos do povo, com sua cultura (FREIRE, 2011). Compreendemos esta etapa como necessária, pois acreditamos que ao conhecer o universo vocabular de cada adolescente é possível o envolvimento e estabelecimento de vínculo mais efetivo entre o facilitador e integrantes, além de favorecer a obtenção de resultados positivos a partir dos fatores terapêuticos envolvidos.

De acordo com o suscitado pelas entrevistas, pontuamos as palavras-geradoras para serem problematizadas nos

momentos seguintes. Verificamos que estas eram permeadas por aspectos relacionados ao tema saúde da mulher e do recém-nascido. Os temas selecionados pelas participantes para serem abordados nos encontros foram: Parto, Cuidado com a Puérpera, Vínculo Familiar, Amamentação, Cuidados com o Recém-nascido, Alimentação Saudável, Dor e Medo e Saúde da Mulher.

A proposta de utilização dos Círculos de Cultura nos permitiu uma ampla e rica discussão com as gestantes adolescentes em torno desses temas. Todos os encontros aconteceram com a proposta de uma temática específica, sendo a discussão disparada logo após a acolhida das participantes. A metodologia foi comum em todos os momentos. O assunto era discutido a partir vídeos, técnicas de grupo, dinâmicas, teatro, paródia, roda de conversa, demonstração com uso de alguns acessórios, entre outros. No segundo momento, constituído da ação dialógica, permitia a exposição temática, com enfoque na problematização e comunicação ativa das adolescentes.

Desta forma, o grupo se constituiu em espaço propício para motivar, buscar estratégias de se manter saudável, ativo, alegre, valorizando o processo gestacional. Nos diálogos envolvidos, os mediados conseguiam expressar sentimentos, gostos, valores, conhecimentos, medos, anseios e sonhos. Compreendemos que o educar na saúde também precisa transcender o sujeito, entender sua intimidade para com isso trabalhar as relações que são indispensáveis para efetivar o cuidado.

No círculo de cultura, a rigor, não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciências”; não há um professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo (FREIRE, 1987).

Portanto, orientados pelo fundamento que permeia o Círculo, entendemos que o diálogo permitia às participantes o fazer, ao refazer o seu próprio mundo por meio da ação educativa, como atrizes principais desse cenário.

Execução e Avaliação

Organizamos em momentos os encontros a partir dos temas a serem dialogados:

Acolhimento: no primeiro encontro, que contou com a dinâmica da “Teia de Relações”, as participantes se dispuseram em círculo, sentadas em colchonetes. Na medida em que a rede de barbante era tecida, as participantes se apresentavam e revelavam seus sentimentos e expectativas com os encontros.

Desenvolvimento: Explicamos e confirmamos com as adolescentes as palavras geradoras encontradas no universo vocabular das mesmas. Nesse momento, questionamos as gestantes se elas gostariam de acrescentar outras temáticas, além das que já haviam sido selecionadas. Esse momento possibilitou a discussão sobre assuntos que cercavam a vida dos adolescentes, constituindo espaço de aprendizados para todos os atores envolvidos.

A inserção do aluno de graduação e sua corresponsabilização em ações de saúde nos serviços públicos revelam o fomento da responsabilidade social, compromisso e aptidão destes para atender às necessidades concretas da população, buscando a produção de conhecimento e a promoção de uma atenção de saúde qualificada, pautada na interdisciplinaridade das ações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Construímos um Contrato de Saúde (LOOMIS, 1979), como demonstra a figura 1, de acordo com o referencial de Loomis, em que as gestantes adolescentes, escolhiam os dias, horários e as temáticas a serem trabalhadas de acordo com as

palavras geradoras, firmando um compromisso que visasse atender as necessidades e particularidades de todos os sujeitos envolvidos, bem como as comuns ao grupo.



Figura 1: Construção Coletiva do Contrato de Saúde

As palavras eram simbolizadas em figuras e dispostas no chão para que cada participante escolhesse uma. Em seguida, perguntamos ao grupo: “o que esta figura representa para você?”. Cada gestante expressou a sua interpretação. Como pode ser visto na figura 2:



Figura 2: Trabalhando com as palavras geradores extraídas do universo vocabular das gestantes adolescentes.

Todas as atividades sejam entre os estudantes, equipe de saúde e comunidade, implica no compartilhamento do saber entre as diferentes áreas profissionais em saúde e também entre os conhecimentos acadêmicos e populares sobre o assunto, e de fato constitui um desafio a ser vivenciado e superado (IVONETE et al, 2012).

Essa atividade foi relevante, pois precedeu a construção do contrato de saúde, algo similar aos pactos de convivência estabelecidos quando se decide criar algum tipo de grupo. Nesse contrato, ficou acordado com todas, que o grupo seria aberto, composto por demanda espontânea, com frequência semanal, às sextas-feiras, previsto para iniciar no horário das 15h, e seria facilitado pelos acadêmicos e extencionistas, sempre acompanhado de um profissional de saúde do território.

As ações conjuntas e articuladas facilitaram o processo de integração ensino-serviço-comunidade na prática interdisciplinar, com o compartilhamento de saberes, discussão e solução de problemas de forma integrada. O vínculo estabelecido entre profissionais, estudantes e comunidade é fundamental, no sentido de que se percebam as necessidades e se criem estratégias para que as atividades de educação em saúde sejam cada vez mais efetivas (IVONETE et al, 2012).

Os grupos inseridos no contexto da promoção da saúde têm seus objetivos construídos de forma contínua em busca da potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionadas ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis e desnecessários (SANTOS et al, 2006).

Avaliação: Utilizamos uma pergunta norteadora: “Fale uma palavra que simbolize esse momento?”. Nessa atividade, geralmente as participantes avaliavam a qualidade do momento de diversas maneiras. Seja com uma palavra escrita em tarjeta, com um desenho, com uma frase ou palavra pronunciada.

O Círculo de Cultura nessa perspectiva favorece o incentivo e o estímulo à utilização e à expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade, já que, conforme entendemos, a realidade pode ser explicada com base em dife-

rentes níveis ou, melhor dizendo, na perspectiva de diferentes olhares, que se traduzem em práticas vivenciais e contextuais (CAVALCANTI et al, 2002).

Depois do primeiro encontro no grupo, realizaram-se mais dez, totalizando onze encontros. Durante as atividades foi possível perceber as especificidades das adolescentes quanto ao aprendizado sobre os assuntos discutidos relacionados ao período gestacional. Verificamos que as temáticas debatidas eram as que estavam mais circundadas por mitos repassados por figuras importantes como mães, vizinhas, irmãs e amigas.

Uma das vantagens de se trabalhar com grupos está relacionada a possibilidade de se obter uma variedade de pessoas com problemas ou objetivos semelhantes, em que o fato de poder compartilhar preocupações comuns faz com que haja uma variedade de *feedback* que não seria possível individualmente (LOOMIS, 1979).

Durante as discussões, as adolescentes trouxeram a discussão da universalidade (LOOMIS, 1979) quando se referiram à criação de um grupo específico, com partilha de dúvidas e anseios e situações de vida semelhantes. Entendemos, dessa forma, que a possibilidade de empatia e formação de vínculo se torna maior em grupos com participantes com as mesmas características do que em grupos mistos. Entendemos que o método adotado potencializou o diálogo e favoreceu o compartilhamento. Por outro lado, considerando o momento da gravidez, percebe-se que também pode ser favorável a participação de mulheres com experiências diferentes, permitindo o apoio àquelas que estão vivenciando a gestação pela primeira vez.

O Quadro 1 apresenta a descrição das temáticas discutidas, técnicas utilizadas e número de participantes em cada encontro:

Quadro 1- Demonstrativo das temáticas discutidas no grupo de gestantes adolescentes do CSF Pe. Palhano, de acordo com as técnicas utilizadas em cada momento. Sobral/CE, 2012/2013.

Data	Tema	1º momento	2º momento	3º momento	Nº de gestantes
06/02/2013	Contrato de Saúde	Dinâmica da “Teia”	Construção do contrato através de gravuras	Dinâmica da roda avaliativa	04
08/02/2013	Parto	Dinâmica do espelho	Apresentação de vídeos e discussão sobre a temática	Avaliação através de tarjetas	06
22/02/2013	Cuidados com a puérpera	Dinâmica de boas vindas	Slides e discussão da temática	Massagem	05
01/03/2013	Vínculo familiar	Acolhimento com música	Slide com roda de conversa	Alongamento	08
08/03/2013	Amamentação	Vídeo de acolhimento	Roda de conversa	Roda da reflexão	10
15/03/2013	Cuidados com o recém-nascido	Dinâmica “o garotinho chamado amor”	Roda de conversa sobre o tema	Relaxamento através de toque corporal	07
27/03/2013	Alimentação saudável	Dinâmica das frutas	Roda de Conversa com slide	Quick Massage	03
10/04/2012	Dor e medo	Mensagem sobre o amor materno	Roda de conversa com apresentação de vídeos	Massagem em dupla	04
19/04/2013	Saúde da mulher	Dinâmica da flor	Vídeos	Massagem relaxante	04
26/04/2013	Avaliação	Dinâmica do espelho	Roda de conversa com expressão de palavras em cartazes	Momento de reflexão	04

Os encontros aconteciam de forma sistemática e dinâmica, contando também com a participação de outros facilitadores em alguns encontros, que contribuíram para a discussão e aprendizado das adolescentes. Também aconteciam de forma fundamentada, seguindo os referenciais teórico-metodológicos de escolha, que fomentavam como ponto principal da abordagem a coesão dos integrantes e a autonomia dos sujeitos.

Cada encontro apresentou sua particularidade e relevância, provocando interação e formação de vínculo entre os coordenadores do grupo e as gestantes adolescentes. Ressaltamos que a colaboração entre os diversos atores envolvidos na realização da abordagem grupal foi fundamental para a compreensão dos papéis dos profissionais de saúde, estudantes e usuários, no sentido de oferecer o melhor atendimento, pautado pela interdisciplinaridade das ações.

Considerações finais

Considerando que as atividades nos territórios constituem ferramentas para o fortalecimento das ações de promoção da saúde junto à comunidade, por meio da aproximação do serviço às pessoas, as conduções de intervenções de educação em saúde são de grande valor no empoderamento dos sujeitos, a fim de que esses participem de seu plano terapêutico e desenvolvam sua autonomia e corresponsabilidade ao longo do processo.

A articulação do ensino com o serviço se torna indiscutível, pois, a partir desse ato, as necessidades locais serão identificadas, e o retorno social será concedido com base nas dificuldades, limitações, carências e potencialidades de um determinado território. Por isso, se faz necessário investir em práticas educativas, atuando na perspectiva dialógica, propositiva, dinâmica, criativa e problematizadora, não na perspectiva

de transferir conhecimento, e sim construí-lo, de modo compartilhado e recíproco.

Acreditamos que inserir antecipadamente acadêmicos nesses processos é um avanço para formação acadêmica e cidadã, pois desenvolve na práxis, atores ativos, críticos-reflexivos comprometidos com o sujeito, seus aspectos subjetivos de vida, seu processo saúde-doença-cuidado e com o seu fazer em saúde, sendo seu principal foco, prestar assistência qualificada e lutar pelas mudanças sociais.

Ao cumprir cronologicamente o passo a passo da implantação do grupo de gestantes adolescentes no território, procuramos, no encargo de mediadores, disseminar conhecimento, estimular questionamentos, discussão, troca de informações e compartilhamento de experiências gestacionais, para que o conhecimento fosse construído também a partir do saber prévio trazido pelas mesmas. O planejamento, organização e condução dos encontros foram pensados com dedicação, com uso de metodologias ativas que encantassem e fluíssem de modo descontraído e harmônico, não se afastando do objetivo, que também era a realização de momentos produtivos e interativos entre os sujeitos envolvidos.

Diante do exposto, foi expressivo o modo como as gestantes aderiram de forma positiva e em sua totalidade a implantação do grupo, por compreenderem que o desenvolvimento das ações dar-se a partir delas como atrizes principais do processo de ensino-aprendizagem. A liberdade dos diálogos no grupo proporcionou resultados satisfatórios, com estabelecimento de vínculos e troca de saberes acerca dos temas que interessavam as adolescentes gestantes, principalmente pelo fato de estas se sentirem em um ambiente confortável para expressar suas dúvidas e medos.

Experimentamos, enquanto discentes e docentes, o exercício de uma prática educativa crítica, uma vez que constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação, na crença de que é possível mudar. Assim, a vivência trouxe um somatório de experiências no âmbito do ensino e pesquisa, nos proporcionando o envolvimento com o grupo e com profissionais de outros setores, contribuindo para interdisciplinaridade na formação e atuação dos acadêmicos da área da saúde.



Referências:

ALBUQUERQUE, V.S., et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2008; 32(3): 356-362.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

CAVALCANTI, P.P, et al. A interação no grupo de autoajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. **Rev. RENE** (Fortaleza). 2002; 3(2): 37-47.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro). 2004; 20(5):1400-1410.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo; 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 27 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 27 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1987.

IVONETE, T.S.B.H, et al. Vivências acadêmicas interdisciplinares: experiências proporcionadas pelo PET- Saúde da Família. [Internet]. In: **Anais do Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão**; 2012; Região Sul: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. p. 5. Disponível em: <<http://www.siipe.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/10/E-Heidemann.pdf>> Acesso em 02 Set 2014.

LOOMIS, M.E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

MARTINEZ, E.Z., et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública** (São Paulo). 2011; 27(5): 855-867.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto referente ao Pró-Saúde e PET-Saúde de 2012/2013**. Pró-Saúde: Sistema Saúde Escola UnB/SESDF - Regional Paranoá. UnB - Universidade de Brasília FS - Faculdade de Ciências da Saúde FM - Faculdade de Medicina. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

MORAES, S.P.; VITALE, M.S.S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2012; 58(1):48-52.

OLIVEIRA, M.L., et al. PET-Saúde: (In)formar e Fazer como Processo de Aprendizagem em Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. (Mato Grosso do Sul). 2012; 1(2): 105-111.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP** (São Paulo). 2013; 47(4):977-83.

SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública** (São Paulo). 2006; 40(2): 346-52.





**PERCURSOS FORMATIVOS
EM TERRITÓRIO**

**Programa de Educação pelo
Trabalho em Florianópolis:
Foco na Promoção da Saúde na
Comunidade**

**Luciana Patrícia Zucco
Douglas Francisco Kovaleski**

O presente texto sistematiza o trabalho de promoção da saúde sexual e reprodutiva realizado em 2013, com adolescentes, no morro do Horácio, comunidade considerada em situação de vulnerabilidade social em Florianópolis/SC. Tal experiência é desenvolvida por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) da Família (PRO/PET-Saúde da Família), da Universidade Federal de Santa Catarina, e pelo Centro de Saúde (CS) Agrônômica, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC/ Brasil, na Organização Não Governamental (ONG) ‘Gente Amiga’. Envolve, portanto, políticas sociais públicas (saúde e educação); instituições (Universidade, Centro de Saúde e ONG); ações intersetoriais (saúde e educação); equipes de Saúde da Família (SF) e de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); profissionais da ONG, professores, estudantes universitários e adolescentes.

O Mapa da Violência 2012 (BRASIL, 2010) revela que a taxa de homicídios de crianças e adolescentes cresceu 277,9%, nos últimos 10 anos, em Florianópolis, especialmente entre os jovens masculinos negros. Tais dados vão ao encontro do Diagnóstico de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010) do município, que cita a região do CS Agrônômica, onde se localiza o Morro do Horácio, como uma área onde a mortalidade de jovens e adultos é elevada. O Diagnóstico relaciona os óbitos às causas externas e à violência, sinalizando a necessidade de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde e à cultura de paz e não violência. Da vulnerabilidade social decorre um quadro preocupante no que tange às doenças de notificação compulsória, como as hepatites e as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os óbitos infantis e a alta incidência de gravidez na adolescência (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

O cenário apresentado expõe os jovens da região do Morro do Horácio a uma condição de vulnerabilidade social, entendida como impossibilidade momentânea ou prolongada de acesso das pessoas a bens e serviços, caracterizados como direitos sociais (OLIVEIRA, 1995). O autor enfatiza que a vulnerabilidade social não se restringe a uma leitura econômica, envolvendo aspectos culturais, de gênero, de raça e etnia. Deslocaria, dessa forma, a definição de uma noção de carência econômica para a privação dos direitos sociais.

Para dar visibilidade aos dados sistematizados, o texto apresenta a seguinte sequência: breve aproximação aos marcos de políticas sociais públicas, que referenciam o trabalho na condição de direitos sociais, e aos conceitos de adolescência e saúde sexual e reprodutiva; aspectos metodológicos e primeiros resultados; principais considerações.

Principais Marcos de Políticas Sociais Públicas

O Pró-Saúde é um programa que visa à integração ensino-serviço, por meio da reorientação da formação profissional e do cuidado em saúde, tradicionalmente focados na doença e na recuperação da saúde. Criado em 2005, é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação (MEC), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A proposta tem por objetivo garantir uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, para promover mudanças na prestação de serviços à população.

O PET Saúde foi criado em 2010, e é um instrumento de ação intersetorial (MS e MEC) voltado para a formação de alunos de graduação em saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde. Caracteriza-se pela interação ins-

titucional e comunitária, uma vez que seu eixo estruturador é a integração ensino-serviço-comunidade para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde. Dentre seus objetivos, o PET-Saúde atua na formação de grupos de aprendizagem tutorial para desenvolvimento de atividades realizadas através de projetos de Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família (ESF), em áreas prioritárias do SUS, como a promoção da saúde.

Nota-se que os investimentos do MS, em parceria com o MEC, são no sentido de criar estrutura pedagógica nas Instituições de Ensino Superior (IES) e mecanismos de cooperação destas com os gestores municipais, em prol de um modelo de atenção estruturado a partir da atenção básica em saúde. Segundo o MS, a atenção básica é a porta de entrada prioritária e responsável pela coordenação da rede de atenção à saúde. A atenção básica envolve ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como marco a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que substituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. A ESF é uma política pública pioneira para promover a reorientação do sistema de saúde, tendo como foco a atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência à saúde. Para Machado; Baptista; Nogueira (2011), a ESF é uma política de Estado de alta densidade institucional, uma vez que se mantém como prioridade na agenda federal em sucessivas gestões – de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), passando por Lula da Silva (2003-2010), à Presidenta Dilma Rousseff (2011-2014).

A ESF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades de acordo com diretrizes relacionadas à definição de território e popula-

ção de abrangência, orientadas por princípios como estabelecimento de vínculos com os usuários, busca de integração do sistema e coordenação do cuidado. À ESF soma-se, a partir de 2008, os NASFs.

Foi neste contexto que o trabalho do PRO/PET-Saúde da Família com os adolescentes se desenvolveu no morro do Horácio, segundo o recorte da promoção da saúde sexual e reprodutiva. Outros marcos de políticas sociais públicas integram a discussão, como os Parâmetros Curriculares Nacionais da Educação (PCN) (BRASIL, 1998), particularmente o tema transversal da Educação Sexual, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2009).

O PSE (BRASIL, 1998) objetiva trabalhar a promoção da saúde nas escolas e construir uma cultura de paz. A escola é uma referência marcante na vida dos sujeitos e congrega diferentes atores, com histórias de vida, atuações sociais e culturas distintas, tornando-se um espaço de encontro do diverso. Preferencialmente a escola e por extensão as instituições que promovem o contra turno, no caso a ONG Gente Amiga, são espaços privilegiados para discutir condições de vida em sociedade, aspectos de saúde, família e um conjunto de temas que poderão desencadear questionamentos, debates e troca de informações. Nesses casos, valores, crenças, informações e modos de viver tornam-se objetos de processos reflexivos que interferem na produção social da saúde e podem contribuir para a construção de uma identidade cidadã.

Para empreender tal dinâmica e atividades de promoção da saúde, o Programa sugere, como ponto de partida, considerar os atores institucionais, ou seja, ‘o que eles sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ (BRASIL, 2009). O destaque das ações está

voltado para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade dos sujeitos de compreenderem o cotidiano e desenvolverem um modo de estar em sociedade capaz de lhes assegurar qualidade de vida.

As ações do Programa estão estruturadas em quatro blocos, a saber:

- avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, hipertensão e diabetes, saúde bucal, acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante;
- promoção da saúde e prevenção, envolvendo construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, com destaque para ações voltadas à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais;
- educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens, sob com auxílio da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde;
- monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes por meio de pesquisas de âmbito nacional.

Nota-se que o PRO/PET-Saúde da Família atua com o(a) s adolescentes nos dois primeiros eixos, estreitando vínculos entre a ONG Gente Amiga e o CS Agrônômica. Ademais, a operacionalização das oficinas é possível ao fazer a mediação intersetorial dos programas e a interlocução com os setores disciplinares do campo da saúde e para além dele.

Principais Marcos Conceituais: Adolescência e Saúde Sexual e Reprodutiva

A adolescência é compreendida como uma construção socialmente estabelecida pela sociedade moderna, refletindo sua cultura e códigos vigentes (EVELYN, 2005). Destaca-se que as definições são variadas e ocorrem em função do período etário, das transformações corporais, das mudanças biológicas e psicológicas, enfim, envolvem um repertório variado de compreensões. Por vezes, tais entendimentos empregam um ‘tom’ uniforme a processos que partilham de um coletivo, mas que são vividos individualmente. Luz e Silva (1999) afirmam que não há adolescência no singular, em função das várias expressões que esse período pode assumir. Medrado e Lyra (1999), comungando desta colocação, referem-se a ‘possíveis repertórios’ e não a uma concepção única de adolescência.

Bozon (2004) situa a atividade sexual como marca significativa da nova estruturação das idades e do curso da vida, como decorrência das mudanças sociais e, particularmente, da forma como as pessoas se relacionam. Em função disso, afirma que a adolescência se caracteriza por uma faixa etária caracterizada pela entrada na sexualidade. “A sexualidade genital tornou-se um limiar social decisivo, que se impõe a todos e faz com que se entre em uma nova idade, a juventude” (BOZON, 2004). Esse momento é marcado pelo distanciamento do(a) adolescente das instituições primárias de socialização e pela criação de vínculos de identificação com seus pares e amores sexuais. Tal processo possibilita a instituição de uma esfera privada, que certifica, mormente, a construção de autonomia e identidade.

Nota-se, portanto, que as definições de adolescência indicam a tendência atual da produção teórica, mas, principal-

mente, informam aos profissionais os elementos a serem considerados em seu cotidiano de trabalho com essa população. Particularmente, entendemos que a interpretação de Heilborn (2006) aponta elementos para compreendermos os Grupos de Adolescentes acompanhados pelo PRO/PET-Saúde da Família. O sentido que emprega é o da adolescência como processos e transições, instituindo conceito e trajetória biográfica para caracterizá-los. A trajetória materializaria, então, “o caráter gradual e de acúmulo de experiências” (HEILBORN, 2006).

Saúde Sexual e Reprodutiva

A temática tem como marco a década de 1990, que potencializa a interface entre sexualidade, gênero e saúde reprodutiva, promovida pelas grandes conferências internacionais realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) (UNITED NATIONS, 1994), ocorrida no Cairo (1994), e a IV CMM (UNITED NATIONS, 1995), em Pequim (1995), legitimaram estes termos e os difundiram para além do meio acadêmico e dos movimentos sociais.

A saúde reprodutiva passa a ser definida como completo estado de bem-estar físico, mental e social, com atenção ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Implica, ainda, na possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual satisfatória e segura, com capacidade de reproduzir-se e liberdade de decidir fazê-lo se, quando e com que frequência elas desejarem. Para tanto, homens e mulheres devem ter o direito de serem informados e terem acesso a métodos de planejamento familiar seguros, eficazes e acessíveis (UNITED NATIONS, 1994; 1995).

Cabe destacar que a saúde sexual é entendida como parte da definição de saúde reprodutiva, conforme apresentado pela

ICPD (UNITED NATIONS, 1994) e reafirmado pela Family Care International (Family Care International, 2000), além de dar visibilidade às noções de direitos sexuais e reprodutivos. Logo, não se limita à orientação e à atenção à reprodução e às DST. Desse modo, o estado de saúde sexual e reprodutiva não está restrito ao acesso aos serviços de saúde propriamente ditos, ainda que indispensáveis. Vários são os fatores que as promovem, como informação, aspectos culturais, comportamentos sociais, condições socioeconômicas, garantia de políticas públicas, entre outros, sendo tais dimensões trabalhadas com o(a)s adolescentes.

A intenção de se propor um conceito de ‘saúde sexual’ persegue a melhoria da qualidade de vida das pessoas e de suas relações. Segundo Cook et al. (Cook; Dickens; Fathalla, 2004) seus componentes são: condições de ter satisfação mútua nas relações sexuais; proteção contra abuso sexual, coerção e assédio; proteção contra DST; êxito no alcance ou prevenção da gravidez.

Os elementos constitutivos da saúde sexual e reprodutiva são: sexo; liberdade sexual; prazer; orientação sexual; corpo; disfunções sexuais; aborto; DST; violência sexual; concepção; contracepção; gravidez; sexo seguro; morbidade e mortalidade materna; fecundidade; fertilidade; entre outros relacionados à vivência e expressão sexual e reprodutiva. É importante que estes elementos sejam tratados à luz dos conceitos de sexualidade e gênero, e rompam com a predominância de uma leitura hetero-normativa.

Percurso Metodológico e Principais Resultados

Neste item, apresentamos, em um primeiro momento, o campo de atuação. Este compreende o território e a ONG Gente Amiga. Posteriormente, são elencados a técnica de análise

utilizada para construção dos dados, bem como os materiais e métodos utilizados para a realização do trabalho com os adolescentes. A partir disso, foi possível uma aproximação e compreensão das narrativas do(a)s adolescentes sobre o que eles indicaram como temas importantes a serem discutidos no momento de vida em que eles se encontravam, a adolescência.

O campo de atuação

A equipe PRO/PET-Saúde da Família foi composta por uma tutora (professora do curso de Serviço Social da UFSC), cinco alunos de graduação (Serviço Social, Nutrição, Enfermagem e Medicina), e cinco preceptores (assistente social, nutricionista, dentista, enfermeiro e médica). Os profissionais eram oriundos de equipes de SF do CS Agrônômica e do NASF. O CS situa-se no bairro que dá origem ao seu nome, assim como a ONG Gente Amiga.

O bairro Agrônômica abriga quatro das 17 comunidades existentes no Maciço do Morro da Cruz, sendo elas: Comunidade do Morro do Horácio, Comunidade do Morro do 25, Comunidade de Santa Vitória e do Morro do Céu. Tais comunidades são definidas como “assentamentos precários, com necessidade de regularização urbanística e de posse de terra, bem como ações para o desenvolvimento social [...] considerando aspectos socioeconômicos e físicos” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2012). Destaca-se que a região do Morro do Horácio, onde situa-se a ONG Gente Amiga, é uma localidade caracterizada pela violência e criminalidade.

A ONG desenvolve um programa de Apoio Sócio-Educativo com crianças e adolescentes, desde 2004. Seus projetos sociais são desenvolvidos nas áreas de educação e assistência, e se somam às políticas sociais públicas existentes. Apresentou-se como uma instituição filantrópica estratégica para con-

gregar esforços na promoção da atenção básica em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva do(a)s adolescentes.

Logo, as oficinas de saúde sexual e reprodutiva com o(a) s adolescentes se caracterizaram como uma das ações do CS voltadas às demandas da comunidade, mas, sobretudo, uma possibilidade de aproximação ao cotidiano das famílias. A construção de vínculos entre unidade básica de saúde e comunidade permite uma apreensão da dinâmica das relações sociais, do modo como a vida se organiza em sociedade, de processos promotores de saúde ou geradores de adoecimento, e de como os serviços de atenção básica, pelo seu maior grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2011), podem potencializar os elementos que a comunidade dispõe para promover o seu acesso à saúde, acompanhamento e melhoria de suas condições.

Elementos para análise dos dados

As oficinas foram consideradas, simultaneamente, campo de intervenção e de pesquisa. Com vistas à investigação, adotamos uma abordagem de natureza qualitativa, utilizando alguns princípios etnográficos. Mais especificamente, recorremos à observação sistemática como instrumento indispensável à construção dos dados com a presença de um do(a)s estudantes em todos os encontros como observador participante. Almeida (2002) afirma que há, no trabalho de campo, a constituição de relações intersubjetivas entre pesquisador(a)-observador(a) e informantes, ou seja, a construção de um lugar que não é referenciado apenas por um universo cultural, mas que potencializa processos reflexivos e de crítica sobre as culturas de origem dos sujeitos. Em suas palavras: “o processo comunicativo do trabalho de campo cria um sistema de significados

compartilhados entre informante e etnógrafo, um mundo liminar e à parte de ambas as culturas” (ALMEIDA, 2002).

As oficinas realizadas foram registradas com auxílio de diário de campo e os relatos organizados por temas, uma vez que utilizamos como técnica de análise a análise de conteúdo em sua modalidade temática, sugerida por Bardin (2007). Privilegiamos as unidades de significação extraídas das narrativas, a partir dos conceitos que nortearam a interpretação, como: sexualidade, sexo e corpo. Aqui, destacaremos as similaridades e distinções entre os grupos matutino (M) e vespertino (V) de adolescentes na discussão das temáticas, uma vez que esta foi uma característica que se projetou em todas as oficinas.

Assim, cabe ressaltar que as anotações, ou seja, as descrições, as interpretações, as reconstruções dos acontecimentos ocorridos no trabalho de campo são agora selecionados e, em certa medida, reescritos (CLIFFORD, 1990).

O trabalho com o(a)s adolescentes

As oficinas foram um dos dois momentos de atuação com o(a)s adolescentes. O segundo abrangeu o acompanhamento de saúde realizado pelos profissionais do CS, incluindo avaliação nutricional, odontológica e de enfermagem.

A metodologia adotada teve como referência as práticas educativas sociais, nas quais se entrecruzam práticas formais e informais. Nesse sentido, os processos educativos são apreendidos como “dinâmicas históricas, que envolvem espaços e tempos de sujeitos e práticas sócio-culturais” (DAYRELL, 2006). Dessa forma, priorizaram-se as realidades cotidianas do(a)s adolescentes, que constroem seus distintos contextos de intersubjetividade. Consideramos que eles desenvolvem formas diferenciadas de interpretar e valorizar as temáticas discutidas segundo suas vivências pessoais e trajetórias biográficas (Heilborn, 2006).

Essa concepção de prática educativa informou uma dinâmica de atuação com o(a)s adolescentes que permitiu recuperar suas visões, valores e experiências, que permearam as temáticas discutidas, ou seja, a posição do outro em seu contexto e na sua diversidade. Estimulou, igualmente, o debate entre as distintas lógicas argumentativas e estabeleceu um espaço de interlocução e troca entre o(a)s adolescentes, bem como com a equipe.

As oficinas foram planejadas conjuntamente com a equipe em reuniões semanais, momento em que eram avaliados os encontros ocorridos com o(a)s adolescentes e sistematizadas as próximas oficinas. Todas foram intermediadas por dinâmicas de grupo, previamente discutidas pelo(a)s acadêmico(a)s, preceptores e tutora. Estas dinâmicas estimulavam a participação e avaliação do(a)s adolescentes sobre os temas trabalhados. Outros recursos associados às dinâmicas, foram: vídeos, sites, músicas, caderneta de saúde do escolar, mapa do território, materiais reciclados, modelos anatômicos, preservativo feminino e masculino, entre outros.

Nota-se que os temas de discussão das oficinas foram expressões das posições do(a)s adolescentes, acordados no primeiro encontro da programação (22/03), reveladores do que era importante para os mesmos e resultados da composição dos grupos. No período de março a setembro de 2013, realizou-se a discussão de 10 assuntos, por meio de 17 oficinas, a saber: “Território”; “Projeto de Vida” e “Sexualidade”; “Sexualidade”; “Sexualidade: respondendo às perguntas”; “Caderneta da Saúde e Corpo Humano”; “Alimentação” e “Triagem odontológica e nutricional”; “Cuidados com a Saúde” e “Triagem de enfermagem”; “Material Reciclado”; “Drogas e Violência”; “Ciências”, com visita ao Planetário e Laboratório no Campus da UFSC.

O grupo da manhã (M) privilegiou como assuntos: bebidas/drogas; sexualidade; corpo; saúde; brigas/violência; alimentação; projeto de vida. O grupo da tarde (V) indicou como temas de interesse: saúde; tráfico de drogas; uso de drogas; sexualidade; esporte/lazer; química; alimentação; informática. Tais temas foram organizados em conjunto com o(a)s adolescentes e, posteriormente, dispostos em um calendário pela equipe (“Projeto de Vida” (M), “Sexualidade” (V); “Sexualidade” (M), “Sexualidade: respondendo às perguntas” (V); Apresentação da caderneta de Saúde do(a) Adolescente (M/V); “Corpo Humano” (M/V); “Alimentação” (M/V); Triagem Odontologia e Nutrição (M/V); “Cuidados com a Saúde” (M/V); “Triagem Enfermagem” (M/V); “Drogas” (M/V); “Violência” (M), “Ciência” (M/V); Encerramento.

Outro momento do trabalho com o(a)s adolescentes foi o acompanhamento de sua saúde, realizado com auxílio da triagem na própria ONG, nos momentos em que ocorreram as oficinas. Estas além de potencializarem a discussão sobre os cuidados com a saúde, alimentação e saúde bucal, também impulsionaram a participação do(a)s adolescentes nas avaliações sobre seus estados de saúde. Os preceptores da Enfermagem, Odontologia e Nutrição, juntamente com os acadêmicos, ao identificarem a necessidade, agendaram consulta no CS Agrônômica para um maior detalhamento clínico da situação, sendo os procedimentos realizados registrados na Caderneta do(a) Adolescente.

Adolescentes e suas posições

Do conjunto do(a)s adolescentes que tiveram uma frequência constante nos grupos, nove eram do sexo feminino e sete do sexo masculino, na faixa etária entre 11 e 16 anos, conforme tabela abaixo. O grupo era predominantemente formado

por nascidos em Florianópolis, sendo 6 adolescentes sem informação sobre o seu grau de instrução e 13 entre 5 e 7 anos de estudo.

O grupo da tarde tinha como característica um nível de escolaridade menor que o grupo da manhã e faixa etária maior, em média. Isso pode auxiliar na compreensão das diferenças encontradas no trabalho com os dois grupos (matutino e vespertino). O trabalho de campo deixou claro o quanto a educação em saúde deve ter uma adequação específica para cada grupo, pois apesar de tratar do mesmo tema e com adolescentes, o trabalho foi completamente diferente entre um e outro grupo.

De modo geral, as oficinas trabalharam a identificação das temáticas, a localização do território, a sexualidade, os aspectos da saúde sexual e reprodutiva do(a)s adolescentes, bem como violência, drogas e espaços de lazer e aprendizagem. A cada Oficina, os Grupos consolidaram sua identidade e foi possível perceber particularidades que se apresentaram na forma coletiva e individual de o(a)s adolescentes fazerem seus comentários, colocações, perguntas, ou seja, de participarem. Enquanto o Grupo do turno matutino se apresentava mais concentrado, quieto, colaborativo entre si, e pactuando encaminhamentos, o Grupo do turno vespertino teve uma tendência à dispersão, à espontaneidade e à agitação. Igualmente, foram identificadas expressões verbais e físicas agressivas em determinados momentos entre seus integrantes. Em ambos houve liderança de adolescentes mais jovens; no da manhã foi de uma adolescente de 12 anos e a tarde de um adolescente de 11 anos.

Embora as temáticas das Oficinas tenham figurado nos dois grupos, com exceção de “Projeto de Vida” e “Violência”, o(a)s adolescentes do turno matutino elencaram com mais conforto sexualidade e corpo como pontos de discussão, dife-

rentemente do Grupo vespertino. A princípio, este não pautou tal assunto, somente quando uma das adolescentes indagou discretamente: “pode mesmo perguntar tudo, mas tudo?”, foi que o assunto sexo fez parte do elenco das Oficinas.

No transcorrer dos trabalhos, o(a)s adolescentes do vespertino se mostraram abertos, curiosos e motivados a conhecerem os assuntos relacionados à sexualidade e sexo, além de demonstrarem ciência da importância das discussões. De forma espontânea, perguntaram, discorreram sobre suas experiências e saberes, e prestaram atenção nas orientações trazidas pela equipe Pro/Pet-SF, sendo uma tendência do Grupo as brincadeiras, dispersões e confusões. Agregaram informações e refletiram conjuntamente sobre as perguntas por elo(a)s mesmo(a)s elaboradas, através das dinâmicas das Oficinas: “Quando faz sexo emagrece?”; “Muito sexo cria corpo?”; “Sexo dá doença?”; “O que é AIDS?”; “Para que serve a camisinha?”; “Por que o homem tem que usar a camisinha?”; “Quando estoura a camisinha, tem perigo de engravidar?”; “Como faz o bebê?”; “Por que fazemos sexo?”; “Dói para fazer sexo?”; “O que é sexualidade?”; “Sobre as partes íntimas”.

Ao serem convidados a responder as perguntas feitas por eles mesmos, os adolescentes de forma descontraída e curiosa compartilharam seus conhecimentos sobre o assunto. Conceituaram o sexo da seguinte forma: “serve para ter filho, prazer, sentimento e alívio da tensão”. A equipe ao responder as perguntas utilizou o termo “transar”. Um dos adolescentes alegou que a palavra era “muito informal”, e que o deixava desconfortável. Diante desta posição, o termo empregado ao longo das discussões sobre sexualidade foi relações sexuais.

Na medida em que se atinham às informações sobre os órgãos sexuais e suas funções, ficavam mais atento(a)s e demonstravam maior interesse no tema. É nota de destaque que

a dinâmica estabelecida pelo grupo propiciou a ampliação do debate para o campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, foi trabalhado com o grupo a importância do conhecimento sobre si e da apropriação de seu corpo, pois este é também fontes de experimentações e de prazer, que não se resumem à dimensão sexual. Ademais, foi discutido que o corpo do outro não pode ser tocado sem seu consentimento, do contrário, estaríamos diante de um tipo de violência.

Com particularidades, o(a)s adolescentes do turno matutino apresentaram interesse, contudo, foram comedido(a)s e cauteloso(a)s no desenvolvimento da discussão sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva. Preferiram não perguntar ou fazer comentários, o que sugeriu uma preservação de suas informações e experimentações pessoais.

Na Oficina de sexualidade, coletivamente o Grupo ofereceu resistência e se manteve distanciado, e individualmente alguns adolescentes não sabiam o que perguntar ou comentar sobre o assunto. Nota-se que tal tema foi elegido pelo Grupo para debate. As questões promovidas com a dinâmica remetaram ao campo do vivido: “É normal depois da primeira vez a garota ficar sangrando?”; “Depois de uma relação sexual sem camisinha, e ficar com medo de engravidar, o que se deve fazer?”; “É possível ocorrer algum erro em um aborto?”; “O que quer dizer cesariana? Qual seu significado”; “Eu quero saber mais coisas sobre sexualidade”; “O que a droga faz?”; “O que é vírus?”; “O que é tumor?”.

Considerações Finais

Os registros de todas as oficinas indicaram semelhanças e diferenças entre os Grupos, embora todos residissem na mesma comunidade. Paradoxalmente, semelhanças e diferenças referiram-se aos aspectos da sexualidade. A sexualidade se

apresentou em ambos como assunto de interesse e das falas secretas, pelo modo como o(a)s adolescentes trataram o tema. Entretanto, enquanto o grupo matutino indicou uma experimentação pessoal e reservas, o grupo vespertino participou sem censura do debate e explorou os saberes que se fizeram presentes ao longo das discussões.

Chamou a atenção o contato do(a)s adolescentes sobre os aspectos da sexualidade transmitidos pelos seus pares, pelas instituições escolares e diferentes veículos de comunicação. As informações fazem parte do cotidiano do(a)s adolescentes e estão disponíveis para serem vistas e ouvidas, tendo a mídia como sua grande difusora. Para além dos padrões veiculados de sexualidade hetero-normativa, tais espaços não propiciaram esclarecimentos sobre as necessidades e inquietações dos adolescentes. A apreensão das informações requer mediações subjetivas, culturais e sócio-históricas. Somadas a estas, as interdições e os preconceitos tornam a reflexão desse tema um desafio a ser enfrentado pela sociedade, em particular, pelos profissionais da saúde.

O teor e os modos como foram dirigidos os questionamentos aos acadêmicos que coordenaram as oficinas reafirmaram a importância de trabalhos organizados a partir e para os adolescentes, respeitando suas demandas e conhecimento. As oficinas problematizaram argumentos e posições relacionados à saúde sexual e reprodutiva tanto da equipe PRO/PET-Saúde quanto dos adolescentes.

O trabalho de promoção da saúde com adolescentes viabiliza a discussão da sexualidade como um direito social. Possibilita pensar saberes, relacionamentos, sexualidade, e saúde sexual e reprodutiva, no sentido da prevenção de situações de vulnerabilidade social.

Referências

Almeida, H.B. Mulher em Campo: reflexões sobre a experiência etnográfica. In: Almeida, H.B. et al. (Orgs.). **Gênero em Matizes**. Bragança Paulista: Coleção Estudos CDAPH; 2002. p. 49- 80. (Série História & Ciências Sociais).

Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. 70ª Edição. Lisboa: LDA; 2007.

Bozon, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: Terceiro e Quarto Ciclos do Ensino Fundamental. Brasília, DF: MEC; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS; 2006.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 24 Out 2011.

Clifford, J. Notes on (Field) notes. In: Sanjek, R. (Org.). **Fieldnotes: the makings of Anthropology**. Ithaca and London: Cornell University Press; 1990. p. 47-70.

Cook, R.J.; Dickens, B.M.; Fathalla, M.F. **Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA/ Oxford; 2004.

Dayrell, J. (Org.). **Múltiplos olhares sobre educação e cultura**. Belo Horizonte: UFMG; 2006.

Evelyn, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde** (Rio de Janeiro). 2005; 2(2): 6-7.

Family Care International. **Fichas Informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva**. [Internet]. 2000; 22. Disponível em: <<http://www.familycare-intl.org/esp/>>. Acesso 08 dez 2012

Heilborn, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In: Heilborn, M.L. et al. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2006. p. 29- 59.

Luz, M.T.M.; Silva, R.C. Vulnerabilidade e Adolescências. In: Schor, N.; Mota, M.S.F.T.; Branco, V.C. (Orgs.). **Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: MS; 1999. p. 93- 96.

Machado, C.V.; Baptista, T.W.F.; Nogueira, C.O. Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro). 2011; 27(3): 521-532.

Medrado, B.; Lyra, J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: Schor N.; Mota, M.S.F.T.; Branco, V.C. (Orgs.). **Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: MS; 1999. p. 230- 248.

Oliveira, F. **A questão do Estado**: vulnerabilidade social e carência de direitos. São Paulo: Abong; 1995. p. 9-19. (Caderno.Abong, n.8).

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental. **Plano Municipal de Habitação de Interesse Social de Florianópolis**. Florianópolis, SC: SMHSA; 2012.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico de Saúde Distrito Centro**. Florianópolis, SC: SMS; 2010.

United Nations. Fourth World Conference on Women. **Platform for Action Women and Health**. 1995 Sep [acesso 20 jan 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>.

United Nations. International Conference on Population and Development. **Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development**. 1994 Sep [acesso em 15 jan 2013]. Disponível em: <http://www.iisd.ca/cairo.html>.



**PERCURSOS FORMATIVOS
EM TERRITÓRIO**

**Trabalho de Educação Sexual
em uma Escola Municipal de
Betim - MG: Uma Proposta do
PET Saúde "Vidas em Rede"**

Dirley Lellis dos Santos Faria

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, no artigo 200, como competências do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (inciso III) e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (inciso V, BRASIL, 1988). Contribuindo com estes incisos, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, BRASIL, 1990a) definiu uma política para os trabalhadores da saúde, com o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, incluindo programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. No seu artigo 27, propõe que os serviços de saúde sejam campos para o ensino e a pesquisa, ou seja, locais de ensino-aprendizagem que expressem a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem, nos últimos anos, criando programas para estimular a integração ensino-serviço-comunidade, tais como o Pró-Saúde e o PET Saúde. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.101/2005 (BRASIL, 2005), visa incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 421/2010 (BRASIL, 2010a), tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, buscando inserir as necessidades dos serviços na produção de conhecimentos e pesquisa das instituições de ensino. É uma inovação pedagógica que

visa agregar os cursos da área da saúde e fortalecer a prática acadêmica, integrando a universidade com demandas sociais de forma compartilhada.

O projeto PET Saúde “Vidas em Rede” (PUC-MINAS, 2012), o qual relataremos uma pequena experiência neste texto, é um exemplo deste programa. Foi aprovado pelo Ministério da Saúde em 2012 e se constituiu a partir de uma parceria entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e a Secretaria Municipal de Saúde de Betim.

O PET Saúde “Vidas em Rede” tem como objetivo geral o enfrentamento da gravidez na adolescência. E tem como princípio sustentador a concepção de Rede defendida pelo Ministério da Saúde através da Portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010b): Rede como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Caracteriza-se como uma proposta interdisciplinar, articulando os cursos vinculados à área da saúde da PUC Minas em Betim: Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Medicina. É composto por 12 alunos da graduação (3 de cada curso), 6 preceptores (trabalhadores do SUS Betim) e 1 tutora (professora do curso de psicologia da PUC Minas). Os preceptores são de diferentes profissões: duas médicas, um enfermeiro e uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. Esses profissionais mudaram no decorrer do projeto, mas a equipe continua multiprofissional. A equipe é dividida entre duas Unidades de Saúde. Há reuniões mensais com todos na instituição de ensino e quinzenais em cada território, com a presença da tutora. As atividades propostas são planejadas nessas reuniões.

O município de Betim, localizado a 30 km da capital mineira, é considerado um pólo industrial. Embora seja a oitava

arrecadação de ICMS do país, possui uma renda per capita baixa. Nas últimas décadas, o município apresentou um aumento vertiginoso da sua população, que passou de 84.127 habitantes em 1980, para 378.089 em 2010. Da população total, cerca de 35 mil são mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos (18% da população feminina residente no município em 2010). Considerando as gestantes cadastradas em 2011, 22% têm entre 10 e 19 anos, o que justifica uma intervenção maior por parte da saúde/educação (PUC-MINAS, 2012).

O projeto vem se desenvolvendo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS): Imbirçu e Alterosas. As regiões foram escolhidas, considerando que a atenção primária à saúde é organizada a partir da definição de territórios, sobre os quais as UBS têm responsabilidade sanitária (PUC-MINAS, 2012).

A atuação do projeto é estendida às escolas localizadas na área de abrangência dessas unidades e nos equipamentos sociais da comunidade local, tais como creche, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), igrejas e ONG's.

Nas escolas, temos a proposta de discutir a gravidez na adolescência e chamar a atenção para o direito da adolescente continuar seus estudos, caso engravide. O que observamos, a partir de um diagnóstico nestes territórios, é que a maioria das adolescentes grávidas está fora da escola.

Repensando o Tema

O documento do Ministério da Saúde “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010c) conceitua sexualidade como um componente intrínseco da pessoa, sendo fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social,

fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade. Esse documento (BRASIL, 2010c) enfatiza que, na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial, que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano concomitante à reestruturação do seu psiquismo. Ocorre, ainda, gradativa definição de valores éticos e morais à personalidade que se delinea, bem como a incorporação de comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais fortemente influenciados pelas relações de gênero, raça e etnia, estabelecidas social e culturalmente.

Nas últimas décadas, as transformações na vida sociocultural têm provocado mudanças no comportamento sexual dos adolescentes: as relações sexuais têm-se dado cada vez mais cedo, aumentando também o número de gestações nesta etapa da vida. Segundo Kehl (2004), as meninas do novo milênio estão virando mães cada vez mais cedo. Como as mulheres de tribos indígenas, ou como nossas bisavós, elas estão engravidando aos 13, 14 anos, mas em um contexto totalmente diferente. Ao contrário de nossas bisavós, ou das jovens mães indígenas, poucas meninas – mães de hoje - estão em condições de criar seus filhos. Quando têm a sorte de contar com o apoio familiar, continuam vivendo na casa dos pais, cuidando de seus bebês enquanto pai e mãe providenciam seu sustento. Mantêm, assim, a dependência de seus progenitores, como constata os estudos de Godinho et al. (2000, p. 30-1):

Este estudo evidenciou que, frente à gravidez, as adolescentes entrevistadas puderam contar com o apoio da família, especialmente dos pais. Este apoio foi mais evidente quanto mais jovem as garotas, pois estas geralmente tinham uma relação mais instável com o pai do

bebê, não podendo, muitas vezes, contar com o apoio deles. Com menos frequência foi citado o apoio dado pelo pai do bebê. Assim, para o grupo estudado, a gravidez acarretou maior dependência de seus pais, frustrando o desejo comum de independência e liberdade, visto que a maior parte das entrevistadas residiam com os pais ou sogros.

A gravidez pode, então, trazer consequências negativas para os pais adolescentes, em especial, para aqueles que não conseguem renda suficiente para sua subsistência, contribuindo para a persistência da pobreza e de todas as mazelas que a acompanham (BRASIL, 2010c). Muitas vezes, há evasão escolar por não ter quem cuide do bebê, reduz-se significativamente o tempo disponível para as atividades formativas, estimula inserções precoces e deterioradas no mercado de trabalho (principalmente para os rapazes) (PUC-MINAS, 2012).

Outros estudos salientam que a gravidez tem impacto negativo na saúde da adolescente quando rompe trajetórias de estudo e de trabalho. Observa que adolescentes que abandonam a escola com maior frequência tendem a repetir a gravidez e têm maiores taxas de aborto voluntário do que aquelas que continuam no sistema escolar. A isso se agregam os fatores de risco que afetam os filhos de mães adolescentes com baixa instrução: têm piores indicadores de crescimento e desenvolvimento, e estão submetidos com maior frequência a episódios de enfermidades que necessitam de hospitalização e a acidentes domésticos (Ogido, 2011).

No Brasil, em um estudo transversal envolvendo 4634 jovens de 20 a 24 anos, a renda familiar per capita e a ocorrência de gravidez na adolescência foram fatores associados à conclusão da educação básica:

A proporção de indivíduos que vivenciaram a gravidez na adolescência que não conseguiram concluir o ensino era muito alta em meninas (70,5%) e meninos (73,1%). Para meninos e meninas, provenientes de uma família com baixa renda familiar per capita e com uma mãe com um baixo nível de escolaridade são fatores fortemente associados à não-conclusão do ensino básico. A gravidez na adolescência também foi um fator associado à não-conclusão do ensino, somando-se as desvantagens preexistentes relacionados ao contexto social e cultural do adolescente (ALMEIDA; AQUINO, 2011, p. 2397, tradução livre).

Há diversos estudos que abordam a gravidez na adolescência, no entanto, observamos que a paternidade adolescente – enquanto objeto de estudos e resposta à demanda de assistência aos serviços de saúde – permanece pouco privilegiada, uma vez que os estudos apresentam abordagens que privilegiam populações e vivências femininas. Da mesma forma, os serviços de saúde, via de regra, estão voltados apenas para a assistência da adolescente em período gestacional e não ao casal adolescente que vivencia a gestação/maternidade e paternidade (Corrêa; Ferriani, 2006).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, BRASIL, 1990b), em seu artigo 53, o adolescente tem direito à educação, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. No entanto, sabemos que muitos adolescentes em nossa sociedade não têm esses direitos garantidos. Muitas vezes, uma gravidez vem dificultar ainda mais o pleno gozo desses direitos, até mesmo por falta de políticas públicas que garantam aos adolescentes condições dignas de retorno à escola e iniciação ao trabalho. A ausência de creches para seus filhos é um exemplo disso.

Para que a realização da maternidade e paternidade, vida familiar e carreira escolar/profissional não se tornem uma carga grande demais, prejudicando a realização desses adolescentes, é necessário que padrões arraigados em nossa sociedade sofram transformações. Além disso, fazem-se necessários recursos de equipamentos sociais que possibilitem aos pais adolescentes a entrada e permanência na escola/mercado do trabalho (OGIDO, 2011; ALMEIDA; AQUINO, 2011).

Educação para a Saúde e o PET Saúde “Vidas em Rede”

Dentre os modelos de educação em saúde, o dialógico se conforma melhor à proposta do PET Saúde “Vidas em Rede”, uma vez que favorece o reconhecimento dos adolescentes como sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida.

Compartilhamos o pensamento de Freire (2005), que diz que o diálogo é uma condição fundamental de todos os atos humanos na tarefa de modificar o curso da história. Sem dialogar, ouvir, conhecer, observar e valorizar as vivências, as experiências e os conhecimentos das pessoas com as quais trabalhamos, jamais alcançaremos os objetivos de uma sociedade mais crítica, consciente, responsável e apta em transformar o mundo num local mais justo.

Entendemos que o objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, neste sentido, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A comunicação dialógica visa a construção de um saber sobre o

processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (Danieli, 2010).

A educação para a saúde deve pressupor a perspectiva de um trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando metodologias participativas e fundamentando-se no entendimento do adolescente como protagonista (Ramos, 2001).

É neste sentido que concebemos a educação sexual. Não como uma forma de prescrever condutas saudáveis ou normas de comportamentos, “estabelecendo uma forma ideal de viver a sexualidade” (Foucault, 1984). Nem mesmo como tendo um caráter puramente preventivo, buscando evitar as práticas sexuais de “risco” (César, 2009). Entendemos que é decisivo discutir as questões de gênero, aqui definido como sendo um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e como forma primeira de significar as relações de poder, compondo identidades, papéis, crenças e valores (BRASIL, 2010c).

As diferenças culturalmente instituídas entre os sexos influenciam a vida dos adolescentes de maneira geral e não só no campo da sexualidade. Estas diferenças e papéis sociais são incorporados e internalizados desde a infância e refletem em seus comportamentos e projetos de vida. Em diversos contextos sociais, por exemplo, as moças são estimuladas a casar e serem donas de casa, e os rapazes a serem provedores da família. Embora essa realidade esteja mudando, sabemos o quanto as relações de gênero prevalecem.

Entendemos que a educação dos adolescentes é um desafio. Faz-se necessária a implementação de estratégias que permitam aos jovens conscientizarem-se e refletirem sobre a

importância que envolve a saúde sexual e reprodutiva e dialogar, sem juízo de valor, sobre suas dúvidas e vivências (Ferreira et al, 2000); mas também refletir sobre as diferenças entre os sexos, conscientizando que elas não são naturais, mas socialmente construídas. Nesta perspectiva, realizamos uma experiência piloto de educação sexual numa escola da região da UBS Alterosas.

Trabalho desenvolvido na Escola Municipal Florestan Fernandes: o que Aprendemos com esta Primeira Experiência?

A Escola Municipal Florestan Fernandes pertence a Regional Alterosas (Betim) e se localiza nas imediações da UBS Alterosas. A Regional “Alterosas” é uma das maiores do município, com 98 mil habitantes. Localizada às margens da rodovia federal BR-381, que corta o município, essa região tem nos pequenos comércios sua principal atividade econômica. Grande parte da população vive de trabalho temporário, sendo a maioria informal, e muitos necessitam se deslocar diariamente para trabalhar em cidades vizinhas.

Nessa escola, duas preceptoras – uma psicóloga e uma enfermeira – e duas alunas do curso de Psicologia participaram diretamente das atividades. Na última oficina, outra enfermeira da UBS Alterosas foi convidada a participar.

O trabalho começa...

Inicialmente, apresentamos a proposta do PET “Vidas em rede” à direção da Escola e aos professores. Estes nos informaram que não existiam casos de gravidez entre suas adolescentes. Tiveram uma experiência anterior, no entanto, a aluna abandonou a escola, o que confirmou e justificou nosso projeto.

Em seguida, apresentamos a proposta a estudantes dos 8º e 9º anos – cerca de 70 alunos - em dois momentos distintos. Foram colocadas várias turmas juntas. Tivemos dificuldades para ser escutados. Confirmamos a necessidade de trabalhar com pequenos grupos.

Para sensibilização dos estudantes para o tema, usamos o documentário “Meninas”, de Sandra Werneck (Disponível em: www.youtube.com/watch?v=KaVDBiZ-bdM). Os adolescentes de duas turmas do 8º ano (35 alunos) assistiram e comentaram livremente. Pudemos escutar e conhecer um pouco seus valores e suas ideias. Notamos que os meninos foram mais falantes e várias vezes teciam algum comentário sobre alguma colega. Poucas meninas falaram mais abertamente.

Escutamos alguns comentários das adolescentes se referindo à personagem do documentário, também adolescente com 13 anos, falando de sua afetividade e depois de sua gravidez. Comentários como: “*Horrorosa*”, “*Doidinha*”, “*Que mente fraca!*” e depois: “*Tem que cuidar dela. Ela está grávida!*” mostram que avaliam o comportamento da adolescente de forma pejorativa, mas depois se preocupam principalmente por ela estar grávida. Elas recriminam a adolescente por seu comportamento amoroso, mas demonstram se sensibilizar pela sua situação. Uma adolescente chega mesmo a revelar o desejo de também ter um filho: “*Ah! Ela vai ganhar neném... Que lindo!*”, “*Que bonitinho! Ah! Eu quero um*”.

Os comentários dos adolescentes do sexo masculino, no entanto, revelam explicitamente seus valores: “*É da favela!*” “*Tudo piranha.*” “*Só preto! Por isso é ruim ser preto.*”, “*É fio, você tem que estudar... A sua irmã não estudou*”, “*A menina vai ter que aprender a cozinhar, passar...*”, “*Você é retardado. Sem prevenção...*”. Os meninos assumem uma posição recriminatória ainda maior que as meninas.

Os adolescentes, durante o filme, respondem aos comentários das adolescentes de forma acusativa, como por exemplo, diante da fala da colega: *“Que bonitinho! Ah! Eu quero um”*, um garoto logo retruca: *“Ah! Piranha!”*. Mas com relação ao rapaz do documentário, eles têm posições bem mais condescendentes: *“O cara é maior esperto... Tem duas mulheres”*.

Para esses adolescentes, a gravidez é uma insensatez: *“Nenhuma tem juízo para cuidar de filhos.”*; *“A menina é doída da cabeça!”*; *“Que mente fraca!”*. No entanto, uma adolescente demonstra que há opiniões diversas: *“Foi escolha dela!”*. Mas sabem que, com a gravidez, há mudanças na vida: *“Vem filho, vem responsabilidade e cobrança!”* (menina); *“O cara vai ter que trabalhar demais!”* (menino).

Também foi interessante observar a reação diante da personagem com um bebê na escola. A seguinte fala mostra o estranhamento da situação: *“Ela está estudando!... Ela tem filho!”*. Isto nos confirma a situação das adolescentes grávidas ou com filhos naquela região: fora da escola. A escola nos relata que a adolescente grávida evadiu e a surpresa desta aluna confirma a realidade.

Nesse primeiro momento, a equipe apenas escutou e observou os comportamentos dos adolescentes. Buscamos conhecer um pouco suas ideias sobre o tema. Depois, discutimos nossas impressões e planejamos as atividades. Pensamos em como refletir com eles sobre o tema a partir das questões de gênero.

Aprofundando a conversa

Realizamos, então, o trabalho com apenas uma das turmas do 8º ano: 21 alunos de 13 e 14 anos (12 rapazes e 9 moças), como uma experiência piloto. Esta turma foi a indicada pela escola, por conciliar o interesse dos alunos, o tempo que

os profissionais e os alunos do PET tinham disponíveis e o professor mais disposto a ceder seu horário de aula. Foram três oficinas (uma por mês), de aproximadamente duas horas, com o mesmo grupo. Cada oficina era planejada a partir da percepção e da escuta da anterior. A interação e o diálogo eram sempre estimulados.

Foram usados vídeos, promovidas rodas de conversa (Afonso; abade, 2008) e atividades interativas.

Na 1ª oficina, usamos dois pequenos vídeos em desenho animado – “Era uma vez outra Maria” (Disponível em: www.youtube.com/watch?v=-ezAQj3G4EY) e “Minha vida de João” (Disponível em: www.youtube.com/watch?v=gMatcineJi8). Os vídeos apresentam a gravidez na adolescência a partir da experiência de um menino (João) e de uma menina (Maria). Destacam a diferença de gêneros e a forma como cada um é educado em nossa sociedade.

Após a exposição dos filmes, fizemos uma roda de conversa. Os adolescentes, então, colocaram as diferenças que experimentam com relação à educação de meninos e meninas e como a responsabilidade do trabalho doméstico ainda fica com as meninas (embora haja exceções) e como o peso com relação a gravidez é maior para as meninas: “*As meninas sofrem mais*”, “*Os meninos caem fora*”.

Buscamos questionar os papéis estereotipados de homem e mulher. A escolha do filme teve este objetivo e ajudou na discussão. O fato de o filme apresentar o mesmo enredo sobre duas perspectivas - uma focando a vivência do garoto e a outra focando a da garota – favoreceu a discussão do tema de ambos os lados. A partir do filme, foi possível levantar questões sobre os comportamentos discriminatórios anteriormente observados. Notamos que as falas foram valorizadas e as me-

ninas puderam expressar melhor seus sentimentos, sem serem rechaçadas pelos meninos. A metodologia favoreceu isso.

Na 2ª oficina, pudemos aprofundar o tema levantado na oficina anterior. Propusemos a seguinte dinâmica: contorno do corpo de um menino e de uma menina; depois eles foram divididos em dois grupos – os meninos colaram no desenho da menina imagens que tinham delas; as meninas fizeram o mesmo no contorno do menino. Após a atividade foi realizado uma roda de conversa sobre cada representação.

As meninas colaram figuras de mulheres sensuais. Disseram: *“Eles gostam de passar a mão”*. Colocaram também objetos como relógios, carros, barcos, etc.: *“São vaidosos”* e *“Gostam de aventuras”* e *“Futebol”*. Colocaram também imagens de bebidas e de homens fumando. Na roda, os meninos questionaram, dizendo que nem todos têm as mulheres como objetos sexuais. Falaram também das diferenças entre eles: *“Nem todos são iguais”*.

Os meninos colaram gravuras de homens também como objeto sexual: *“Elas gostam de um negrão!”*. *“Coloca um perfume também. Elas gostam... cheiroso.”* Aparecem imagens de mulheres eróticas e uma frase *“Minha vida pornô”*. Disseram: *“Elas gostam se tem dinheiro”*. Apareceram várias figuras de objetos de consumo: carros, sapatos, roupas, etc. *“Gostam de descontos”*. Também apareceram fotos de noivas, de mães cuidando de suas crianças: *“Algumas gostam de cuidar de crianças...”*.

Na roda de conversa, pudemos discutir estas representações e os adolescentes questionaram-se mutuamente. Pontuamos que, muitas vezes, nossas representações sobre o outro são preconceituosas e objetivantes. Refletimos sobre as diferenças de cada sexo, mas também sobre as diferenças de cada um, como sujeito.

Essa oficina favoreceu a escuta entre eles. Sentimos, anteriormente, que os meninos tinham dificuldades de ouvir as meninas e, quando alguma se expunha, era logo ironizada. Percebemos a inibição de grande parte delas. Nessa oficina, as meninas puderam expressar suas opiniões abertamente.

Observamos, ainda, que nos dois grupos apareceram fotos relacionadas à amizade. Esse tema também apareceu como proposta de discussão para a próxima oficina: “*É possível amizade entre meninos e meninas?*”. Escutamos, aí, a expressão do desejo de relações menos conflituosas. Outro tema proposto: sexualidade e anticoncepção.

Na 3ª oficina, iniciamos com a questão: *É possível a amizade entre homem e mulher?* “*Sim, quando há respeito*”, concluem rapidamente. Segundo o “Aurélio” (Ferreira, 1999), respeito significa consideração, importância. Podemos dizer que os adolescentes chegaram a uma belíssima conclusão.

Apresentamos, então, outro filme: “*Como são feitos os bebês: educação sexual para crianças e adolescentes*” (Disponível em: www.youtube.com/watch?v=CpcQHezKNrc). A linguagem bem-humorada e o desenho animado ajudaram a abordar o tema da concepção e até mesmo o do abuso sexual. Muitas risadas, mas bastante interesse, inclusive do professor que aparentemente nas outras oficinas mantinha-se distante.

Por último, apresentamos um filme mais informativo: “*Métodos anticoncepcionais*” (Disponível em: www.youtube.com/watch?v=9lG6JM9BJKE). Foi enfatizada a necessidade de avaliar com cada um o método mais adequado ao momento de vida e as características de cada pessoa. Só então as enfermeiras entraram com o saber especializado, explicando e apresentando os diferentes métodos anticoncepcionais.

Avaliando o processo

Entendendo que o processo deveria ser dialógico, a metodologia foi sempre flexível, sendo avaliada e replanejada a partir da escuta do grupo, buscando favorecer a palavra dos adolescentes. Começamos com um filme provocador (o documentário de Sandra Werneck), mas optamos por uma linguagem mais leve e divertida: o desenho animado.

A metodologia das rodas de conversa (AFONSO; ABADÉ, 2008) possibilitou uma interação mais horizontal, favorecendo a troca de informações e saberes. Também o trabalho gráfico usado possibilitou a participação dos adolescentes, fomentando a exposição de suas ideias e valores de forma mais lúdica e livre.

Nesse sentido, entendemos que a metodologia variada possibilitou um trabalho mais abrangente, envolvendo toda a classe de forma criativa, permitindo a cada oficina uma melhor compreensão do grupo.

Os adolescentes, ao final, avaliaram positivamente o trabalho realizado. Recomendaram-no para as outras turmas da escola, o que nos apontou a aprovação e o reconhecimento do grupo.

A escola se mostrou aberta, permitindo a entrada de outros profissionais. O professor da turma, inicialmente, ficou num lugar mais de disciplinador, mas ao final interagiu, demonstrando curiosidade e interesse. Também avaliou de forma positiva e aprovou a proposta de levá-lo para outras turmas.

Quanto à equipe do PET, avaliamos que houve um envolvimento maior dos preceptores. Sentimos que também aprendemos muito na medida em que questões referentes à forma de abordar os adolescentes eram levantadas e discutidas. Consideramos, também, que se estabeleceu um vínculo maior entre

a escola e a UBS, o que favorecerá a continuidade do projeto “Vidas em Rede” e a atuação dos profissionais da saúde na escola.

Considerações Finais

A experiência nessa escola nos levou a concluir que se faz necessário uma reflexão mais aprofundada sobre a nossa função como profissionais da saúde e a maneira como estamos realizando nossas ações de educação junto aos adolescentes.

Concordamos com Danieli (2010) quando diz que ainda existem muitas dúvidas relativas a forma de se trabalhar com os adolescentes, os melhores métodos, abordagens e estratégias para se conseguir mudar efetivamente a atual realidade. Vivenciamos nessa pequena experiência do PET “Vidas em Rede” uma forma dialógica de educação, trabalhando com metodologias participativas e favorecendo a escuta dos adolescentes de forma respeitosa. No entanto, sentimos que precisamos nos educar permanentemente, pois o cuidado que devemos prestar a esta clientela é exigente e nos remete a refletir sobre nossos próprios valores e preconceitos.

Percebemos, com isso, a importância de conhecer seus modos de viver, seus desejos, valores e expectativas de vida, para, então, repensar as formas de assisti-los e, principalmente, as atividades a serem desenvolvidas na educação para a saúde.

Entendemos que se faz necessário criar espaços mais acolhedores para os adolescentes nas escolas, unidades de saúde e demais lugares da comunidade, reconhecendo suas necessidades e promovendo políticas públicas que atendam, verdadeiramente, seus direitos como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b).

Referências

Afonso, L.; Abade, F.L. **Para reinventar as Rodas**. [Internet]. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008. [Acesso em 05/09/14]. Disponível em <http://www.recimam.org/wp-content/uploads/2013/08/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf>.

Almeida, M.C.C.; Aquino, E.M.L. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. [Internet] Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**; 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200010&script=sci_arttext>. Acesso em 02/07/14.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 16 Jul 1990b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF: MS; 2010c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 2.101, de 3 novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, 4 Nov 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de Março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 Mar 2010a.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 Dez 2010b.

César, M.R.A. Gênero, sexualidade e educação: notas para uma “Epistemologia” [Internet]. Curitiba, PR: **Educ. Rev.**, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602009000300004&script=sci_arttext>. Acesso em 15/02/2015

Corrêa, A.C.P.; Ferriani, M.G.C. Paternidade na Adolescência: um silêncio social e um vazio científico. [Internet] Porto Alegre (RS): Rev Gaúcha Enfermagem; 2006. Disponível em <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/.../25>. Acesso em 11/02/2015

Danieli, G.L. **Adolescentes grávidas: Percepções e Educação em Saúde** [dissertação]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

Ferreira, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1999.

Ferreira, M. A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S. et al. (orgs.). **Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília – DF: ABEn/Governo Federal; 2000. p. 68-72.

Foucault, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1984.

Freire, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra; 2005.

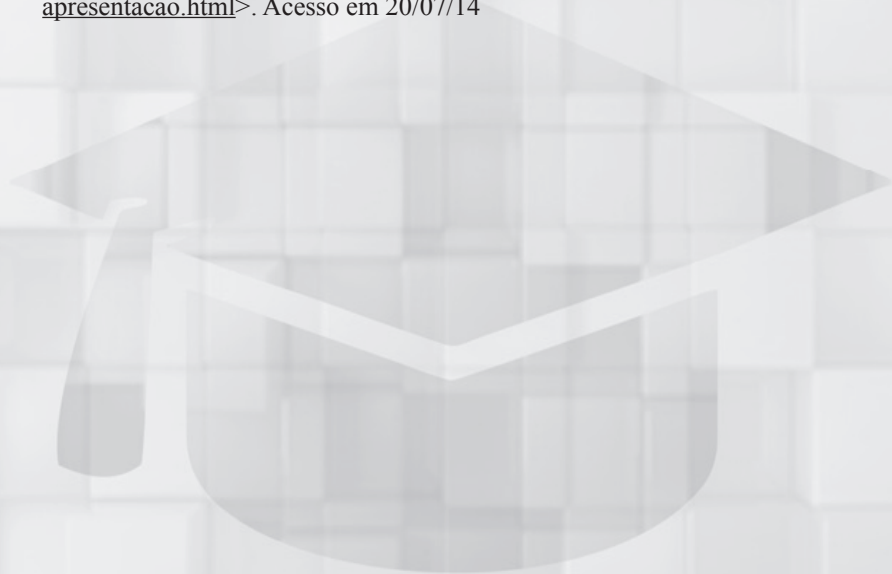
GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

Kehl, M.R. A juventude como sintoma da cultura. In: Novaes, R.; Vannuchi, P. (Orgs.). **Juventude e Sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo, SP: Instituto Cidadania e Editora Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 89-114.

Ogido, R. **Adolescência, maternidade e mercado de trabalho**: uma relação em construção. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; Faculdade de Saúde Pública; 2011.

PUC-MINAS. projeto Pró-Saúde e PET-Saúde 2012/2013: Integração Ensino- Serviço na PUC Minas e no SUS em Betim. Betim: Março 2012.

Ramos, F.R.S. Bases para uma re-significação do trabalho de Enfermagem junto a (o) adolescente [Internet]. Brasília – DF: ABEn/Ministério da Saúde; 2001; 11-18. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/apresentacao.html>>. Acesso em 20/07/14



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Exposição de uma Prática de Ensino e Cuidado Inter e Multiprofissional

Vilma Margarete Simão

Deisi Maria Vargas

Nevoni Goretti Damo

Luciane Coutinho de Azevedo Campanella

Marcia de Freitas Oliveira

Cláudia Regina Lima Duarte da Silva

Este artigo aborda o cuidado de adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) a partir de uma experiência docente-assistencial de caráter interprofissional realizada no Ambulatório Universitário (AU) da Universidade de Blumenau (FURB), cenário de prática de estágios curriculares, programas de extensão e do PROPET-Saúde: *Subprojeto: Saúde do adolescente em condição crônica*, desenvolvida por uma equipe composta por preceptores, estudantes e tutores. A equipe incluiu profissionais e estudantes das áreas de medicina, enfermagem, serviço social, farmácia, nutrição, psicologia e odontologia que, através de uma proposta de trabalho inter e multiprofissional, realizou práticas de atenção integral à saúde num contexto de integração ensino e serviço com ações voltadas para a comunidade em geral (especialmente sujeitos do cuidado, familiares e comunidade escolar) e comunidade interna (estudantes de graduação e pós-graduação *stricto sensu*, docentes e técnicos-administrativos). As atividades desenvolvidas envolveram ações de cuidado (socioeducativas e assistenciais), de formação (oficinas, eventos, trabalhos de graduação) e produção técnico-científica (resumos, artigos científicos, TCCs de graduação e pós-graduação, capítulos de livro, material de apoio para educação em saúde). As crianças e adolescentes com DM1 se inserem nas atividades desenvolvidas a partir do referenciamento para o AU via SISREG (sistema de regulação do SUS) para acompanhamento clínico periódico na atenção secundária.

A inter e multiprofissionalidade propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos, buscando o conhecimento humano em sua integralidade ou, pelo menos, levando a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral em rede. A equipe multi-

profissional é composta por profissionais com conhecimentos técnicos específicos e de carreiras diferentes que produzem um resultado que não seria possível por nenhum dos profissionais isoladamente. A prática *inter se* estabelece a partir de interações diversas entre os membros de uma equipe multiprofissional.

Este artigo anseia socializar a metodologia de trabalho desenvolvida que buscou compreender a atuação de cada profissional e tomar ciência da inter-relação entre as abordagens específicas, apropriando-se das atribuições de cada um dentro da equipe e da importância do fazer coletivo para a materialização do cuidado integral. Descreve-se as abordagens e estratégias realizadas com a finalidade de construir uma prática de cuidado integral a adolescentes com DM1, tendo como referenciais o autor Eugênio Vilaça Mendes (2011) e o princípio de integralidade do Ministério da saúde com foco no estímulo ao autocuidado apoiado. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da FURB sendo arquivado sob o número 99/2010.

Expressão do Autocuidado Apoiado

Para que um trabalho em saúde estimule o autocuidado, Mendes (2011) preconiza o desenvolvimento do cuidado apoiado que será viabilizado por meio do fortalecimento das relações entre a equipe de saúde e as pessoas cuidadas. Para tanto, os profissionais de saúde devem adquirir conhecimentos e habilidades para perceber a perspectiva do usuário do serviço, tratando-o como sujeito participante; orientar para a busca de informações seguras com apoio à autopromoção; notificar sobre as probabilidades de riscos; utilizar tecnologias que facilitem o engajamento das pessoas no seu cuidado; e delimitar e gerenciar metas para a construção do autocuidado.

O cuidado existe quando há uma intenção, um propósito e, principalmente, uma determinação para um fazer, uma vontade de que *algo* aconteça. A vontade pode ser subjetiva, e, portanto, intercedida por valores, motivações para a vida e para o cuidado à saúde. A vontade de cuidar-se poderá vir também de uma condição objetiva: situação limite de continuação da própria vida. E, para que esse *algo aconteça* há de se ter as condições objetivas e subjetivas, portanto, autonomia.

Mas de fato, o que é Autonomia e qual seria a autonomia ideal no âmbito/ perspectiva do cuidado à saúde? O básico para o exercício da autonomia é a capacidade de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões (PEREIRA, 2002). A autonomia básica requer capacidade teleológica desenvolvida que envolva capacidade de eleger opções, ciência de seus desdobramentos e das ações para que a escolha se concretize. Assim, a autonomia básica requer formas de participação social da qual depende o desenvolvimento da capacidade cognitiva, ativa e emocional do ser humano. Já a autonomia crítica se estabelece quando um indivíduo não só elege objetivos e crenças, mas também faz a crítica e, se necessário, muda regras e altera práticas. Este nível mais elevado de autonomia requer habilidades cognitivas, oportunidades sociais e a satisfação de outras necessidades consideradas intermediárias (PEREIRA, 2002). Para existência de autonomia em saúde, é necessário que o sujeito do cuidado compreenda seu estado de saúde e as possibilidades reais de intervenção. A omissão de informações relevantes e devidamente compreendidas poderá limitar a autonomia da pessoa cuidada no seu processo decisório. Como nos informa Mendes (2011) o autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas conhecem tanto quanto, ou mais, que os profissionais.

Para o bom desempenho das ações de cuidado e autocuidado apoiado é imprescindível a compreensão da integralidade do ser humano e das condições objetivas e subjetivas que permeiam este processo. A compreensão da integralidade demanda, segundo Feuerwerker e Sena (1999), a presença de uma abordagem interdisciplinar e uma prática multiprofissional organizadora do processo de trabalho do cuidado em saúde, com a presença e complementaridade dos diversos saberes e práticas.

Esta perspectiva de cuidado requer um ensino em saúde voltado para a compreensão das necessidades primordiais para a sobrevivência do ser humano e do exercício da autonomia na busca de manutenção da própria vida. No entanto, na prática profissional, identificam-se concepções negadoras da autonomia, uma vez que conferem à pessoa cuidada a responsabilidade exclusiva da adesão ao autocuidado. Poucos consideram as intermedienses da verticalização na relação profissional-paciente neste processo. Em outras palavras, do domínio do saber técnico sobre o saber daquele que cuida do próprio corpo, inibindo e/ou limitando as iniciativas de autocuidado. No processo de aderir ao cuidado, a pessoa é “[...] considerada submissa ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento” (Reiners et al., 2008).

Compreendendo que para o alcance do autocuidado é preciso o entendimento do modo de vida do sujeito do cuidado e uma prática inter e multiprofissional e, considerando o utente como sujeito no seu processo de viver e conviver com a doença e seu plano terapêutico, um grupo de professores organizou uma proposta de assistência integral a adolescentes com diabetes que se vinculou ao programa de extensão universitária *Educação em saúde: doce alegria da assistência integral à*

saúde. Desde 2012 o AU passou a ser cenário de prática do PROPET- Saúde: *Subprojeto Saúde do adolescente em condição crônica*. Com a articulação do **Doce Alegria** com o PET-Saúde, houve avanços no ensino e na prática da assistência integral.

A prática profissional do grupo entende por sujeito a pessoa com capacidade autônoma de relações ou de iniciativas sem a presença de submissão, mas sim participante no processo do cuidado, ou seja, participante da decisão acerca da melhor tecnologia a ser utilizada para recuperação ou manutenção de sua saúde. Nesta relação de sujeito, o profissional de saúde valoriza espaço da vida cotidiana na produção do cuidado. Considerando a pessoa do cuidado como sujeito, “[...] o cuidado é entendido como uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades [...]” (PINHEIRO, 2008) da pessoa que é centro do cuidado. Esta prática fortaleceu a autonomia para o autocuidado, o empoderamento do sujeito do cuidado através do estreitamento de sua relação com a equipe petiana e com a rede de suporte social. No ensino, estimulou-se a compreensão dos diversos determinantes implicados na saúde e no adoecimento e o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe.

Ações Desenvolvidas pelo Grupo de Extensionistas Doce Alegria e PET-Saúde

A Interprofissionalidade propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos com a busca do conhecimento humano em sua integralidade ou, pelo menos, levado a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. Portanto, é um conceito que se

aplica às ciências, à produção do conhecimento e à prestação de serviços. “A possibilidade de uma compreensão da integralidade do ser humano e do processo saúde-doença, [...], passa por uma abordagem interdisciplinar e de uma prática multiprofissional”. Já a prática multiprofissional torna-se real na medida em que se organiza o processo de trabalho, considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado (Feuerwerker; Sena, 1999).

O fazer inter e multiprofissional realizado incluiu reuniões de análises e discussões da condição de saúde dos sujeitos do cuidado, com socialização das experiências particulares a cada núcleo profissional. E, quando detectadas fragilidades no cuidado como não adesão, violação de direitos, problemas psicossociais, entre outros, a equipe discutia e planejava ações de intervenção a fim de otimizar o cuidado e, assim, mudança na condição de saúde do indivíduo em questão.

O processo de trabalho da equipe foi desenvolvido através do trabalhador coletivo, com uma cooperação forçada pela divisão técnica do trabalho, na qual cada membro da equipe desenvolve atividades inerentes a sua especificidade num fazer inter e multiprofissional, com cooperação voluntária ultrapassadora dos limites das disciplinas, buscando um olhar integral e um agir articulado. Nesta perspectiva, a equipe desenvolveu um trabalho interprofissional articulando assistência, ensino de graduação e educação em saúde.

Entendendo que o apoio ao autocuidado implica na ação direta do profissional com o sujeito do cuidado, com sua família e com o suporte social de apoio, os espaços de atuação do Programa Doce Alegria ampliaram-se a partir da articulação com o PET-Saúde. Além do AU, foram desenvolvidas ações no ambiente doméstico, escolas, unidades de atenção básica

em saúde e no hospital referência do SUS para atendimento em pediatria.

A metodologia do trabalho inter e multiprofissional do programa incluíram ações socioassistenciais e educativas que se constituíram de ações profissionais nos diferentes campos de intervenção desenvolvidas junto aos adolescentes com DM1 a partir de demandas singulares. Referenciando-se na escritora Miotto; Sasso (2009) diz-se que a lógica das ações socioassistenciais, reside em assistir a pessoa como sujeito, visando responder a essas demandas/necessidades numa perspectiva de construção da autonomia do sujeito do cuidado nas relações institucionais e sociais. A prática educativa em saúde orientada para o autocuidado se baseia em elementos que exploram a saúde e o adoecimento, as condições objetivas e subjetivas da existência, como também os direitos sociais, cuja conquista e usufruto dependem da consciência do sujeito cuidado e do conhecimento de como acessá-los.

Os instrumentos operativos utilizados na prática do apoio ao autocuidado pelos profissionais, professores e estudantes da equipe do Programa Doce Alegria e do PET-Saúde foram:

- 1) Reuniões semanais de equipe: para discussões acerca do cuidado prestado, análise de prontuários, revisão da literatura, análise e orientação interdisciplinar. Os encontros da equipe foram o “PONTO CHAVE” do processo. Permitiu a abordagem interprofissional com a materialização da atenção integral às crianças e adolescentes com de diabetes mellitus tipo 1.
- 2) Entrevista semi-estruturada: coleta de informações para subsidiar a avaliação das prioridades de ação junto ao sujeito do cuidado e aos familiares.
- 2) Abordagens individuais: atendimentos individualizados de acordo com as particularidades e demandas dos

- sujeitos do cuidado, planejamento do autocuidado apoiado: elaboração/monitoramento conjunto do plano terapêutico entre o sujeito do cuidado, e acompanhamento hospitalar quando necessário.
- 3) Abordagem de grupos: com o uso de recursos lúdicos, comunicacionais e reflexivos, procurou-se desenvolver habilidades cognitivas para compreensão do cuidado, estimulando a alfabetização sanitária.
 - 4) Visita domiciliar: realizada àqueles sujeitos do cuidado com dificuldade no cumprimento do plano terapêutico, objetivando buscar maior adesão da participação da pessoa cuidada e sua família na atenção à saúde.
 - 5) Visita institucional: ações educativas no ambiente escolar e hospitalar com uso de material educativo envolvendo professores e estudantes para reduzir o preconceito e estimular o suporte social.
 - 6) Pesquisa: uso da pesquisa para conhecimento da experiência social dos sujeitos do cuidado e avaliação das ações realizadas.
 - 7) Sala de espera: a sala de espera, transformou-se num instrumento de operacionalização do apoio ao cuidado. A partir de conversas informais sobre temas da cotidianidade do sujeito do cuidado, foi possível aproximar-se dos aspectos psíquicos, culturais, sociais, religiosos, etc. que envolvem o sujeito individualmente e coletivamente. Segundo Veríssimo (2005), nela podem ser desenvolvidos processos de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

A abordagem em grupo é desenvolvida com participação dos adolescentes com DM1 e cuidadores responsáveis, professores, acadêmicos, bolsistas e servidores. A metodologia utilizada para o desenvolvimento destas atividades incluiu abordagem coletiva, seguida de abordagens individuais. Essa atividade é um momento de reflexão com troca de saberes, busca de informação e exposição de dúvidas entre todos os participantes. O planejamento destas ações foi realizado pela equipe enquanto sua organização e operacionalização era de responsabilidade dos bolsistas.

Com subsídio dos registros de frequência, foi possível afirmar que houve assiduidade das crianças e adolescentes com DM1, familiares, estudante e docentes nas reuniões do grupo. No entanto, para o empoderamento, a frequência é insuficiente. É imprescindível a participação com autonomia crítica, poder de reflexão. Nesse sentido, a equipe observou que os adolescentes pouco se expressavam durante as reuniões do Grupo e os cuidadores responsáveis monopolizavam as discussões a ponto de responderem às questões a eles direcionadas. Diante dessa realidade, a equipe repensou a metodologia dos encontros do grupo de forma que estas atividades foram divididas em dois momentos: um momento com os adolescentes e seus familiares em separado e um outro, com todos juntos. Essa nova dinâmica permitiu a revelação de questões até então não manifestas pelos participantes. Vieram à tona demandas de cunho emocional, especialmente os sentimentos de medo, as inseguranças, assim como as angústias e dificuldades cotidianas do convívio familiar com o doente crônico e dificuldades no convívio escolar. Em relação ao ensino, oportunizou-se aos bolsistas a vivência das especificidades do cuidado em ciclos de vida diferentes (CollièrE, 2003).

Com a estratégia de divisão do grupo em pequenos grupos, ficou claro que os adolescentes passaram a ter maior liberdade de expressão longe de seus cuidadores responsáveis. Esse procedimento favoreceu o empoderamento para o diálogo horizontal com os seus cuidadores e uma maior autonomia para o autocuidado. Entre as manifestações das dificuldades, foi por eles destacada a prática de bullying e preconceito no ambiente escolar. O bullying acontecia com provocações para ingestão de produtos com açúcar e satirização em situações de hipoglicemia.

O autocuidado apoiado, segundo Mendes (2011), acontece com efetividade, também, com apoio de amigos, colegas e de recursos comunitários, no caso, da escola que pode contribuir na construção do plano de ação para o autocuidado. Contudo, o inverso é verdadeiro. Ações de exclusão, preconceito ou prática de bullying podem desestimular o autocuidado e, até mesmo, decorrer em comportamentos depressivos.

Para o enfrentamento dessa realidade, a equipe passou a desenvolver ações de suporte social ao autocuidado nas escolas. Conhecedora da interveniência do convívio saudável com amigos e colegas no equilíbrio glicêmico e da manifestação dos adolescentes portadores de diabetes da presença de preconceito a eles no ambiente escolar, a equipe interdisciplinarmente decidiu desenvolver ações educativas no ambiente escolar com uso de material de apoio preparado com a participação dos sujeitos do cuidado. O material de apoio é uma história em quadrinhos, relatando a condição crônica e a vida escolar de um adolescente com DM1, em formato de filme denominado “HQ João com diabetes”.

A história do filme “HQ João com diabetes” foi escrita pelos adolescentes e bolsistas. Posteriormente, a equipe se responsabilizou pela produção das imagens, edição e dispo-

nibilização na mídia (disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=sQZn72RdtNI>). Então, no mesmo tempo que esse material serve para trabalhar o preconceito praticado pelos colegas de escola e para construir bases objetivas e subjetivas para o apoio ao cuidado, também contribui no empoderamento para o autocuidado com a valorização da participação dos adolescentes na produção de materiais educativos para o apoio ao autocuidado. O filme foi utilizado como instrumento educativo nas escolas e no hospital.

Com a reflexão do como lidar com condição crônica e da importância do apoio ao autocuidado, as ações desenvolvidas nesse projeto visaram romper com os preconceitos, ou até mesmo com a prática de bullying, que atualmente atinge as crianças e adolescentes com DM1. Se a mudança no modo de organizar a abordagem em grupos favoreceu o apoio ao autocuidado, do outro lado, os cuidadores responsáveis manifestaram suas dificuldades na convivência com a doença crônica e decorrência de conflitos familiares pela necessidade de diferenciação do cuidado ao filho com diabetes. Essas manifestações demandaram à equipe o desenvolvimento da compreensão, entre os cuidadores responsáveis, de que apoiar o autocuidado não é assumir as responsabilidades da própria pessoa com DM1 e de abordagens junto ao grupo familiar para fortalecimento dos vínculos. A adesão ao autocuidado é bem sucedida quando há participação de todos, desde o sujeito do cuidado, profissionais da saúde, familiares, escola, ou seja, toda uma sociedade, bem como o acesso livre a coisas que supram as necessidades de cada sujeito em sua singularidade. Mas o apoio da família para o autocuidado é determinante, a mesma passa grande parte do tempo com o sujeito do cuidado, o que possibilita em muito *o fazer* parte do processo de adesão ao tratamento.

Estas experiências e interações nos cenários de prática da extensão universitária desencadearam aprendizagem significativa acerca da importância do suporte social para a efetivação do cuidado integral e do autocuidado apoiado.

Abordagem ao grupo familiar

Entende-se por família um grupo de pessoas que convivem na mesma residência e que interferem no autocuidado. É esse grupo que pode acompanhar diariamente o sujeito do cuidado em atividades necessárias para a manutenção da sua saúde, como na alimentação, atividades físicas, entre outros, assim como ajudá-lo a planejar e participar de ações que possibilitem um tratamento eficaz e saudável para toda a família. Para que esse cuidado seja efetivo, a família deve ser compreendida e apoiada em sua particularidade, tanto nas condições objetivas quanto subjetivas, para assim assumir a responsabilidade de cuidadora. O profissional de saúde precisa considerar as demandas de cuidado presentes no contexto familiar e social para subsidiar ações em saúde de abordagem individual e de grupo. O resultado almejado é o empoderamento dos apoiadores do autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes e diminuição dos conflitos familiares decorrentes da presença da condição crônica.

A atenção centrada na pessoa e na família implica a estruturação do processo narrativo, a reflexão sobre sua condição de vida, a reconstrução de sua história e a identificação com a saúde (MENDES, 2011). As reuniões educativas e a entrevista semiestruturada, permitiu evidenciar dificuldades na disponibilização de alimentação adequada ao portador de diabetes. Os cuidadores descreveram que a alimentação diferenciada provocava conflitos familiares. Uma alternativa apontada por eles para evitar conflitos e ao mesmo tempo estimular a realização

do controle alimentar pelo adolescente com diabetes foi a adesão familiar a um novo estilo de alimentação. Esta estratégia ajudou na minimização do sentimento de parecer diferente dos outros integrantes da casa. O apoio familiar tem um papel muito importante no processo do autocuidado. Para que esse cuidado seja efetivo, a família necessita dispor de meios que possibilitem esse processo. Além do mais, cada família há de ser compreendida e apoiada em sua particularidade tanto nas condições objetivas quanto subjetivas para assim poder assumir a responsabilidade de cuidadora.

Para melhor compreensão das relações e condições familiares foram realizadas visitas domiciliares. Para realização de tais visitas foi solicitada a autorização dos sujeitos do cuidado e apoiadores do autocuidado. Por meio do instrumento de visita domiciliar foi possível mediar relações de conflito entre os integrantes do grupo familiar. O apoio familiar, quando desenvolvido com escuta qualificada, contribui no empoderamento para o autocuidado. Na promoção do apoio é necessário fazer análise da família de um modo mais objetivo, perceber o funcionamento do grupo, reconhecer a crença da família no processo de adoecer e propor um plano de ação que respeite o seu modo de vida. A avaliação adequada do papel que a pessoa portadora de qualquer agravo possui em sua estrutura familiar permite que o profissional tenha um poder de intervenção que aumente significativamente a resolubilidade no controle de uma condição crônica. Tanto o cuidado apoiado como o autocuidado poderá ser efetivado de forma singular, de acordo com a rotina da família, as necessidades objetivas e subjetivas necessárias para o cuidado.

Pessoas com DM1 podem apresentar sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade, entre outros sentimentos (MARCELINO; CARVALHO, 2005),

o que pode interferir nas condições subjetivas necessárias para o cuidado. As visitas domiciliares evidenciaram fragilidades nas condições subjetivas decorrentes de questões familiares diversas como separação dos pais, disputa entre mãe biológica *versus* mãe adotiva, irmão com doença *versus* irmão(s) sem doença, revolta dos adolescentes com diabetes, pais com dificuldades no manejo entre irmãos, entre outras. O manejo adequado das questões psicológicas envolvidas contribuem para um bom controle da doença e da preservação de uma boa qualidade de vida (PILGER; ABREU, 2007). As visitas domiciliares detectaram a necessidade de possíveis intervenções para o ajustamento do jovem com DM1 no contexto do desenvolvimento familiar (PILGER; ABREU, 2007). Houve ampliação do olhar da equipe na identificação dos determinantes psicossociais envolvidos na vida do adolescente com diabetes.

Sala de espera: espaço de descobertas

Na atividade de sala de espera foi possível identificar desajustes no cotidiano do sujeito do cuidado. Conciliar alimentação, insulina e movimento corporal é um desafio àqueles que desconhecem a relação entre os três componentes do equilíbrio glicêmico. Os sujeitos do cuidado em questão já teriam que, minimamente, conhecer a relação entre tais componentes, no entanto, só porque são pessoas com DM1 não significa superação da condição de adolescente. Pode-se dizer que, nessa fase, o apoio ao cuidado é ainda mais necessário. A ausência de um adulto que acompanhe adolescente no cotidiano para atividades simples como o despertar matutino pode ser um fator importante para o controle da glicemia. Apesar de o adolescente com DM1 exigir atenção diferenciada, ele necessita de empoderamento para o autocuidado, para a prática de relações sociais e pessoais condizentes com seu ciclo de sua vida.

É comum entre os adolescentes a disciplina alimentar ser associada às exigências das atividades cotidianas: acorda cedo e se alimenta na existência de compromissos, caso não os tenha, dorme na madrugada, desperta próximo ao meio dia e só vai se alimentar depois de tempo em movimento. Esse tipo de prática é comum na adolescência que quer diferenciar-se do comportamento dos adultos e, no mesmo tempo, comprovar sua autonomia decidindo seus horários de descanso e de alimentação. A pessoa com DM1 e com idade de 10 a 19 anos incompletos está na condição de adolescente. Como agir para que eles não se sintam invadidos no seu momento de autoafirmação e, no mesmo tempo, fortalecê-los para o autocuidado? Nesse sentido, cabe destacar a importância do trabalho inter e multiprofissional, pois o entendimento da condição de adolescente e do autocuidado como possibilidade de vivência liberata dessa fase da vida, tem como preliminar o ajuste alimentar com dosagem de insulina adequada. E para saber da dosagem adequada, prescinde que o adolescente conheça seu próprio corpo. A descoberta do funcionamento do próprio corpo é anseio da adolescência, talvez esse seja o caminho do apoio ao autocuidado: despertar o desejo pelo autoconhecimento corporal, descobrindo os desdobramentos das ações da alimentação cotidiana no movimento da curva glicêmica.

Com a transformação da sala de espera do cenário de prática em instrumental de apoio ao autocuidado, foi possível viabilizar maior interação e troca de saberes entre os sujeitos do cuidado, cuidadores e bolsistas. Alguns cuidadores trocaram receitas *diet* e endereços para a aquisição de produtos de qualidade com preços acessíveis. Também manifestam a existência de conflito familiar e de dificuldades no convívio escolar, por decorrência da presença da doença crônica no grupo familiar. Para os profissionais, a sala de espera possibilitou a identifica-

ção de demandas específicas à equipe inter e multiprofissional. Destaca-se a necessidade de apoio aos apoiadores do cuidado, os quais convivem dia a dia com a pessoa com DM1 na idade infanto-juvenil. Para os acadêmicos, um espaço para aprendizagem de competências e habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal.

Considerações Finais

O trabalho inter e multiprofissional contribuiu no enriquecimento de uma prática de cuidado que evoluiu-se para um olhar ampliado das condições de saúde dos sujeitos cuidados. As percepções singulares reunidas na e pela equipe permitiram a visualidade da pessoa cuidada na sua totalidade. Com a interprofissionalidade o olhar é mais profundo, requer novas interações cognitivas que desencadeiem novas formas de agir e pensar, exigindo que a equipe se configure como um trabalhador coletivo. Sentir a complexidade do cotidiano de crianças e adolescentes em condição crônica através das ações desenvolvidas estimulou o pensamento complexo e analítico, o que potencializou sua capacidade de atuação no sentido de oferecer um cuidado centrado na pessoa a partir da consideração de suas necessidades em saúde e do estreitamento de vínculos. Estudos recentes apontam esta estratégia como sendo útil no cuidado de crianças e adolescentes com DM (Wigert; Wikström, 2014). A materialização da equipe em um trabalhador coletivo enriqueceu o apoio ao autocuidado e mais próximo se está da efetivação do princípio da integralidade do cuidado. O resultado chave é o enriquecimento das percepções singulares possibilitadoras de uma visão totalizante da pessoa cuidada.

Oportunizou-se aos acadêmicos dos cursos da área da saúde e do serviço social a possibilidade de vivenciar a prática do cuidado multiprofissional e interprofissional. Foi perceptível a

mudança de postura durante as reuniões. Houve maior interesse, participação e comprometimento. A participação dentro do projeto gerou um grande impacto na aprendizagem da prática. Foi possível conciliar o vínculo teórico-prático através dos atendimentos, da elaboração de material, das dinâmicas em grupo e também no momento em que o professor responsável auxilia o estudante no decorrer das atividades.

Como já descrito em experiências prévias (Biscarde; Pereira-Santos; Bittencourt, 2014) este trabalho reforça a potencialidade da extensão universitária como promotora de mudanças relevantes no processo e percurso formativo dos estudantes, desenvolvendo competências e habilidades potencializadoras do cuidado integral a partir do estímulo à integração ensino-serviço-comunidade e ao processo de trabalho interprofissional.

Referências

Biscarde, D.G.S.; Pereira-Santos, M. S.; Bittencourt, L. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface** (Botucatu). 2014;18(48):177-186.

Collière, M. F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2a ed. Lisboa:Lusociência, 2003. 9-

Feuerwerker, L.C.M.; Sena, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico: Enfoque**. [Internet], 1999. 5(18). Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>>. Acesso em 28/07/2012

Marcelino, D.B.; Carvalho, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. [Internet], 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em 20 Ago 2014.

Mioto, R.C.T.L.; Sasso, T.C.A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**. 2009; 8 (1):22-48.

Pereira, P.A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Pilger, C.; Abreu, I.S. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2007

Pinheiro, R. Cuidado em saúde. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F., organizadores. **Dicionário Educação Profissional Saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.110-113.

Reiners, A.A.O. et al. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2008; 13 (supl.2): 2299-2306.

Verissimo, D.S. **A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. 2005.

Wigert, H.; Wikström, E. Organizing person-centred care in paediatric diabetes: multidisciplinary teams, long-term relationships and adequate documentation. **BMC Research Notes** [Internet], 2014. 7(72). Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/72>>. Acesso 18/12/2014.



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde e o Processo de Formação de Novos Atores para a Saúde

**Tatiane Araujo Santos
Handerson Silva Santos
Norma Carapiá Fagundes
José Lúcio Costa Ramos
Igor Bittencourt Santos
Lidiane Carmo Alves
Maria do Socorro Farias Santos
Marivone Nascimento Dias**

O Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde (PET/VS) tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de vigilância em saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Fagundes (2003, p. 15):

A necessidade de formar profissionais éticos, comprometidos com a resolução dos graves problemas de saúde que afetam a maior parte da população significa, entre outras coisas, a construção de uma nova relação com o saber, que vai demandar que a universidade constitua-se como um espaço não somente de produção e socialização do conhecimento científico, mas, também, como um lócus de encontro de diversos tipos de saberes.

As mudanças no processo de formação partem do pressuposto da busca de outros espaços de práticas que se configurem representativas da realidade sócio-sanitária do território onde estas se desenvolvem. Nesse cenário, a universidade deve ofertar aos estudantes oportunidades de práticas para além do saber técnico (FAGUNDES, 2003).

Assim, o PET/VS propõe inovações curriculares a partir da estreita relação teoria-prática, com temas relacionados à vigilância em saúde. Este programa visa à formação de profissionais de saúde de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, pautada pelo espírito crítico, pela ci-

dadania e pela função social da educação superior, orientada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2010).

O PET/VS fomenta o papel da vigilância em saúde na análise da situação de saúde, como instrumento de gestão, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, entendendo este como espaço para além da extensão geográfica, mas como tendo um perfil demográfico, epidemiológico, social, cultural, político, tecnológico, que o caracteriza como em permanente construção (BRASIL, 2010; MENDES, 2003).

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) coordena desde 2010, em Salvador, um projeto do PET/VS em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), desenvolvido no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DDSF). Este projeto vem ocorrendo em duas etapas: de 2010-2012 e de 2013-2015, e é composto por estudantes de graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Saúde Coletiva, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Odontologia, Farmácia, professores da UFBA e preceptores dos serviços, que acompanham os estudantes e os inserem no cotidiano do trabalho. Dessa forma, valoriza-se o trabalho interprofissional da equipe de saúde, com convergência de saberes e práticas.

O objetivo deste artigo é relatar como a experiência do PET/VS UFBA vem possibilitando transformações na formação dos estudantes, na qualificação dos profissionais de saúde, bem como no processo de trabalho e na gestão no âmbito da vigilância em saúde.

Método

O cenário onde o projeto se desenvolve é o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador/Bahia. Esta escolha ocorreu por ser este um espaço onde a UFBA vem há mais de uma década desenvolvendo atividades de graduação, como os estágios e práticas de diversos componentes curriculares dos cursos da saúde, de pós-graduação com as residências em saúde da família e multiprofissional de saúde e extensão como o PET Saúde - Saúde da Família. A ideia foi potencializar as ações e a parceria iniciada por esse conjunto de iniciativas.

O DSSF dispõe dos piores indicadores econômicos, sanitários e sociais do município⁴. No último censo, sua população correspondia a 315.362 habitantes⁵. Em termos de serviços públicos de saúde, comporta a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, abrangendo 58% da população, além de dois hospitais de alta complexidade e unidades de pronto atendimento.

Embora o espaço territorial para o desenvolvimento das ações do PET/VS seja o DSSF, a articulação com os serviços de saúde não se limita a este, se estendendo ao âmbito central da Secretaria Municipal da Saúde através da Vigilância Epidemiológica/Coordenadoria de Saúde Ambiental (VIEP/CO-SAM) e da Subcoordenação de Informação em Saúde (SUIS).

Os problemas de saúde pública trabalhados pelo projeto são a mortalidade materna, infantil e fetal e a sífilis congênita, a escolha desses temas relaciona-se ao fato de serem considerados relevantes no local, definidos como prioridade pelos trabalhadores do DSSF e também no Plano Municipal de Saúde. A análise da situação de saúde materno-infantil elaborada pelos integrantes do PET/ VS UFBA confirmam que no DSSF

a razão de morte materna alcançou em 2012 85,69 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2014). De acordo com padrões estabelecidos pela OMS, uma taxa de mortalidade materna acima de 20 por 100.000 nascidos vivos é considerada elevada. A mortalidade infantil e a incidência da sífilis congênita para este mesmo ano no DSSF foram de 43 por 1.000 nascidos vivos e 42 casos, respectivamente (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2014).

A abordagem destes problemas se deu a partir do enfoque da Vigilância em Saúde que:

tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinado território, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009, p. 15).

A Vigilância em Saúde engloba, ao menos, três vertentes: a análise da situação de saúde, abarcando não apenas as doenças transmissíveis, mas agravos como mortalidade infantil, materna, violência, entre outros, e aspectos relacionados à organização e produção dos serviços de saúde; uma proposta de integração entre as vigilâncias e de redefinição das práticas sanitárias seja enquanto modelo assistencial alternativo ou organização dos processos de trabalho (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Para a condução deste projeto, optou-se pelo enfoque estratégico-situacional do Planejamento em Saúde articulado

com a pesquisa-ação. Assim, pretende-se que esta experiência configure como um processo de formação que envolva a construção e o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes de sujeitos capazes de analisar e posicionar-se criticamente em relação ao cotidiano do seu trabalho profissional e ao contexto sociocultural, econômico, político-institucional, no qual se inserem e do qual participam como atores capazes de intervir e intermediar.

A pesquisa-ação consiste em:

um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005, p. 16).

A pesquisa-ação acrescenta ao enfoque do Planejamento Estratégico Situacional e às estratégias da Vigilância em Saúde a oportunidade da produção e sistematização do conhecimento sobre os problemas diagnosticados e priorizados para a intervenção.

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional guarda relação com o trabalho em Vigilância em Saúde, pois esta metodologia também parte da análise para a ação, contribuindo para o processo de delimitação de problemas e necessidades em saúde que estão no âmbito da Vigilância; as estratégias traçadas destinam-se a intervir continuamente sobre os problemas priorizados; a execução das estratégias ocorre pela atuação intersetorial e interprofissional e favorece o acompanhamento e avaliação do plano traçado, através da análise continuada da situação de saúde.

O PET/VS da UFBA/SMS de Salvador, na primeira edição, nos anos de 2010-2012, foi composto por graduandos de enfermagem; medicina; odontologia e nutrição. Na segunda edição, de 2013 a 2015, além destes, foram agregados estudantes dos cursos de farmácia, saúde coletiva, bacharelado interdisciplinar em saúde e fonoaudiologia.

A dinâmica de trabalho compreende encontros em campo, que ocorrem duas vezes na semana no serviço sob a supervisão das preceptoras e dois encontros mensais com tutores, estudantes e preceptoras, realizados na Escola de Enfermagem da UFBA, onde um dos encontros é destinado à discussão de temas pertinentes ao trabalho, realizados sob a forma de seminários em que os estudantes são os responsáveis pela condução (denominado tutorial temático) e o outro encontro visa acompanhar o trabalho de campo (denominado tutorial de acompanhamento).

As estratégias de avaliação do trabalho realizado dizem respeito aos relatos feitos durante o tutorial de acompanhamento e avaliações trimestrais feitas com os estudantes, a partir de instrumento construído para esta finalidade. A avaliação dos preceptores e tutores é realizada no momento da avaliação trimestral e também por meio de uma ficha de avaliação.

Para a implantação desse projeto, realizou-se inicialmente tutoriais temáticos sobre o DSSF, indicadores em saúde, uso do Excel, pesquisa-ação, planejamento em saúde e elaboração de relatórios a partir das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Estes tutoriais tiveram por finalidade instrumentalizar estudantes e preceptores para o trabalho a ser desenvolvido.

Por fim, foram realizados encontros sobre a situação da morte materna, infantil, fetal e da sífilis congênita na Bahia e

em Salvador, que teve por objetivo identificar os grupos que trabalhariam com cada problema de saúde identificado. Após essa identificação, foram traçadas estratégias de intervenção que serão apresentadas a seguir.

Atividades Realizadas

As atividades comuns à primeira e segunda edição do PET/VS foram: realização da análise de situação de saúde do público materno-infantil do DSSF; realização de seminários com profissionais e gestores do DSSF para discutir os achados da análise feita, priorização dos problemas identificados e desenho das estratégias para eliminar ou diminuir os problemas priorizados; produção de material educativo que foi disponibilizado nas versões impressa e digital pelo site da Secretaria Municipal da Saúde.

É importante lembrar que a opção por envolver sempre os profissionais e gestores do DSSF nas ações realizadas é uma estratégia para garantir a sustentabilidade das ações e também para que estas ganhem visibilidade como sendo fruto de uma parceria entre a Universidade e o serviço.

No primeiro período (2010-2011), o objetivo do PET/VS foi implantar o monitoramento dos óbitos maternos no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF). As ações estratégicas escolhidas para o alcance deste objetivo foram: implantar a Câmara Técnica de Análise do Óbito Materno; implantar a Sala de Situação para o monitoramento do risco do óbito materno e melhorar a captação dos dados do SISPRENATAL.

Das ações planejadas, a implantação da Câmara Técnica e a melhor captação dos dados do SISPRENATAL se efetivaram completamente, a Sala de Situação para o monitoramento do óbito materno está em implantação. Essas atividades ocorreram por meio de oficinas com os profissionais de saúde e da

gestão do DSSF, rodas de conversa e outras ações de educação permanente, a exemplo da discussão de casos de óbitos maternos ocorridos no território do DSSF. Cabe destacar que a Câmara Técnica Distrital para Análise do Óbito Materno foi uma iniciativa pioneira em Salvador.

Para o segundo período (2012-2015), os objetivos do PET/VS são: continuar o monitoramento do óbito materno, dando apoio às ações da Câmara Técnica de Análise do Óbito Materno; Implantar o monitoramento do óbito infantil e fetal, ampliando o escopo de ações da Câmara Técnica e implantar o sistema de monitoramento da sífilis congênita. Para o alcance dessas ações, os estudantes, preceptores e tutores estão participando das reuniões da Câmara Técnica; mapeando os profissionais que podem compor a Câmara para análise do óbito materno e infantil para posterior realização de oficinas de capacitação dos mesmos; participando de reuniões do Comitê de maternidades do município; apresentação do relatório de análise da situação de saúde no Conselho Distrital de Saúde; aproximação e articulação com outros PETs que atuam no território do DSSF; discussão das ações a serem implantadas com a coordenação geral do DSSF; oficinas com os profissionais de saúde para elaborar as estratégias de ação para o monitoramento do óbito materno-infantil; e combate à sífilis congênita.

Destacam-se como resultados, a apresentação de diversos trabalhos sobre a experiência em eventos científicos; a premiação com menção honrosa nas três versões da Mostra PET – evento que é promovido pela Secretaria Municipal em parceria com a Universidade Federal da Bahia; a publicação de um artigo em revista científica; e a realização de trabalhos de conclusão de curso vinculados à temática do PET/VS. Atualmente, estamos delimitando um projeto de pesquisa que abordará a atuação dos profissionais de saúde nas ações de vigilância e mais um artigo foi encaminhado para publicação.

As Facilidades e Dificuldades do Processo

As principais facilidades foram: o fortalecimento da parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, em especial com a gestão e o corpo técnico do DSSF; a interação entre os estudantes de diversos cursos, dado que a temática da vigilância em saúde é transversal à formação e isto facilita a troca de conhecimentos, o trabalho em equipe e a construção coletiva das ações; e o envolvimento dos preceptores para o desenvolvimento das ações, o que significou a valorização do saber dos profissionais dos serviços.

As dificuldades se relacionaram ao contexto político da gestão da saúde em Salvador; ao cumprimento do calendário acadêmico, modificado devido às greves que ocorreram na Universidade; atraso do pagamento das bolsas, o que dificultou o trabalho de campo em alguns momentos; a dificuldade inicial dos estudantes em manipular os sistemas de informação e o *Microsoft Excel*; e a infraestrutura deficiente do DSSF no que se refere à existência de computadores e internet.

A Formação de Novos Atores

O Programa de Educação pelo trabalho colabora no processo de formação, na medida em que amplia a visão dos participantes em relação aos determinantes do processo saúde-doença e da reprodução social da saúde. Neste sentido, Fonseca et al. (2014) refletem que este programa revela-se como ferramenta indutora no processo da interdisciplinaridade e nas mudanças das concepções dos profissionais de saúde.

A parceria cooperativa de mais de dez anos que há entre a Escola de Enfermagem da UFBA e a equipe gestora do DSSF possibilitou a construção de um vínculo sólido entre a Universidade e aquele distrito sanitário (Fagundes; Frões-ur-

nam, 2005), caracterizado por diversos projetos e ações que têm atendido às demandas do distrito sanitário e como espaço de formação pelo trabalho de estudantes, professores e profissionais de saúde.

Propostas como o PET/VS são inovadoras do ponto de vista da ressignificação do aprendizado nos cursos de graduação. Nesta perspectiva, os campos de prática deixam de ser um mero espaço de aplicação de técnicas aprendidas em sala de aula (Toralles-Pereira, 1997) e passam a ser percebidos como espaços privilegiados para novas aprendizagens e para a socialização/produção de novos conhecimentos (FAGUNDES, 2003). Ademais, cabe-nos sinalizar que a atuação dos profissionais dos serviços como preceptores, socializando e produzindo novos conhecimentos, consolida o espaço formador do PET/VS, uma vez que não se restringe unilateralmente a formação de futuros profissionais.

A composição interprofissional dos grupos do PET/VS contribui para a superação da fragmentação do cuidado em saúde. Assim, ainda na graduação é oportunizado aos estudantes vivenciarem o trabalho interdisciplinar a partir da equipe interprofissional, possibilitando a crítica reflexiva dos limites do modelo biomédico e as suas consequências para a organização dos serviços e das práticas profissionais, para a valorização profissional e do tipo de assistência prestada às demandas das pessoas e das comunidades (Fagundes; Fróes-Burnham, 2005).

Nesse aspecto, destacamos que as práticas desenvolvidas pelo PET/VS tiveram origem a partir da ausculta das demandas do DSSF e não do ordenamento da Universidade. Essa mudança de postura é discutida nos grupos como um modo de quebrar as barreiras de um modelo de intervenção dos problemas de saúde das comunidades prescritivo, excludente e autoritário.

Ao trazermos os estudantes e preceptores para a discussão dos problemas, a construção do diagnóstico da situação de saúde do DSSF, o planejamento, a implementação e a avaliação das ações conforme as prioridades elencadas, aumenta o interesse dos envolvidos em todas as etapas do processo, possibilitando a busca por novos temas de estudos, de outras formas de colaboração, diálogos e interfecundação entre os saberes práticos, tácitos, sistematizados e não sistematizados (Fagundes; Fróes-Burnham, 2005). Assim, aos estudantes o PET/VS tem-se revelado mais um espaço de formação, onde no qual tem sido possível consolidar, socializar e ressignificar os conhecimentos teórico-práticos aprendidos nos espaços curriculares formais.

Aos preceptores, o projeto tem-se revelado como um espaço de educação permanente, de construção de novos conhecimentos, de valorização de sua prática nos serviços onde atuam e, sobretudo, como um espaço para a crítica e reflexão das práticas profissionais nos serviços de saúde.

Para os tutores, o PET/VS tem-se apresentado como um espaço para ressignificação da prática docente, a interação com estudantes de outras áreas e, sobretudo, para o fortalecimento do vínculo entre a Universidade e a comunidade, ponte para ações que modifiquem esta relação, historicamente marcada pelo uso unilateral.

Aos profissionais de saúde, as ações promovidas pelo PET/VS tem permitido a experimentação da educação permanente como um processo político para a ressignificação das práticas e reorientação do processo de trabalho. Assim, a formação desses profissionais tem sido feita a partir de demandas e estratégias de resolução por eles mesmos identificadas, o que os coloca como atores tanto no processo de trabalho quanto na sua formação continuada.

Outro impacto do PET/VS diz respeito às mudanças curriculares em curso na Escola de Enfermagem. A experiência oriunda deste e de outros grupos de PET (Saúde da Família e Redes) despertou para a necessidade de novos desenhos das atividades práticas da graduação. Com isto, pretende-se utilizar as ações do PET como campo de prática, potencializando estes cenários como espaços continuados de formação.

Considerações Finais

Este artigo apresentou a experiência do PET/VS tanto na interação ensino-serviço quanto na contribuição desse programa para a formação de novos atores para a saúde.

As experiências de formação advindas do PET/VS exigiu um novo tipo de articulação entre a Universidade e o serviço, no qual a academia buscou rever posturas prescritivas de utilização do campo de prática e o serviço também ressignificou a sua postura perante a Universidade, passando a considerar esta uma parceira para a efetivação das ações. Acredita-se que esteja sendo um intenso processo de aprendizagem para tutores, preceptores, estudantes e demais profissionais do DSSF.

Neste cenário, destaca-se o trabalho interdisciplinar exercido pelos estudantes, que, ao conviver com colegas de outros cursos e ao serem tutorados por profissionais distintos da área de atuação onde se formarão, precisam aprender novas formas de trabalho coletivo, com interação entre as diferentes áreas do saber. Consideramos que esta experiência certamente faz os estudantes questionarem as bases do modelo biomédico e o cuidado fragmentado por especialidades. Além disto, existe um ganho para a vigilância em saúde: relatos dos próprios estudantes demonstram como os mesmos estão sensibilizados para a notificação de agravos e doenças e para a atuação que previna a ocorrência de óbitos materno-fetais.

Assim, a integração entre cursos distintos da saúde demonstra que é possível a articulação entre as diversas formações acadêmicas e práticas com o intuito de obter ações comuns que levem a respostas mais efetivas aos problemas sócio-sanitários dos distintos territórios.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de Gestão da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Brasília, 2010.

Fagundes, N. C. Em busca de uma universidade outra: a instituição de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. [Tese Doutorado]. Salvador (Bahia): Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia; 2003.

Fagundes, N. C.; Fróes Burnham, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(16): 105-14.

Fonsêca, G. S.; Junqueira, S. R.; Zilbovicius, C.; Araujo, M. E. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. Interface (Botucatu) [periódico da Internet]. 2014 [acesso 2014 Ago 08]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030598&lng=en.

Mendes, E. V. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

Teixeira, C. F.; Paim, J. S.; Vilasbôas, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS. 1998; VII(2): 7-28.

Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. aum. São Paulo: Cortez; 2005.

Toralles-Pereira, M. L. T. Notas sobre Educação na transição para um novo paradigma. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 1997; 1: 51-58.

Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde / Vigilância em Saúde. Relatório da Análise da Situação de Saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário com foco para o público materno-infantil. Salvador, 2014.

Sessão 2: Experiências do trabalho em cena

**PERCURSOS FORMATIVOS
EM TERRITÓRIO**

**PET-Saúde e CAPSI no
Coletivo Café Cultural
Psicossocial: O Sujeito e a Rua,
Desmistificando Preconceitos**

Susana Engelhard Nogueira

Matheus Dias Pereira

Vanessa Assis Valente

Claudia dos Anjos Neto Freitas

Maria Emyllia Poleshuck Castelo Branco

A atenção à população de rua usuária de álcool e outras drogas tem-se mostrado um desafio para a Rede de Atenção Psicossocial, tanto no que se refere à complexidade das situações encontradas e à dificuldade deste público em acessar os serviços, quanto no que tange à disponibilidade e inventividade destes mesmos serviços no acolhimento de sua experiência e sofrimento. Relataremos aqui a estratégia criada por um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), em parceria com uma Instituição de Ensino Superior (IES) através de um projeto do PET-Saúde Redes de Atenção, para acessar essa população e construir para ela uma rede de atenção territorial.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde tem como proposta desenvolver ações intersetoriais voltadas para o aprimoramento da Saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, o PET-Saúde propõe integrar ensino, serviço e comunidade.

A parceria estabelecida entre IES e Serviço de Saúde preconizada por esta iniciativa vai ao encontro da necessidade verificada na cidade do Rio de Janeiro, no que tange aos cursos de graduação da área da saúde de modo geral, salvo honrosas exceções, de uma formação para o SUS, para o serviço público e comunitário. Além disso, rompe o silêncio que ecoa nos corredores acadêmicos quanto a um trabalho ético e clinicamente implicado com a população usuária de drogas e/ou moradora de rua. Nesse projeto, vivenciamos as consequências de tal deficiência instalada há longo prazo na formação profissional como um dos aspectos geradores de desassistência identificada no campo.

A vivência que ora trazemos tem como ponto de partida a inserção de um segundo Projeto PET no CAPSi Pequeno Hans, dispositivo de base territorial de Saúde Mental para crianças e

adolescentes com grave sofrimento psíquico e desenlace social, situado na zona oeste do Rio de Janeiro.

Objetivando fortalecer e construir metodologias de cuidado para crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade, sempre em parceria institucional e comunitária, bolsistas dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional e Fisioterapia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), vinculados ao PET-Saúde Redes de Atenção “Crianças e adolescentes em situação de risco: Elaborando metodologias de cuidado para grupos vulneráveis”, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, iniciaram um percurso de dois anos no CAPSi, estudando, discutindo, construindo e se inserindo em diversas frentes de trabalho que atendam a esse propósito. Para realizar o delineamento metodológico desta proposta de forma participativa, a equipe do PET-Saúde (integrada inicialmente por alunos da instituição, docente tutora e profissionais dos serviços, tanto preceptores quanto colaboradores) formalizou um grupo de trabalho (GT) para aproximação, sensibilização e discussão de temas relacionados à problemática do atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade identificada por cada ator em sua unidade, tendo como desdobramento a elaboração de ações a serem implementadas como novas metodologias de cuidado. Foi neste cenário que se firmou, então, a parceria PET-Saúde e CAPSi. Neste sentido, ambos convergem em suas proposições e se afinam na lógica da Atenção Psicossocial na criação de um dispositivo que pretende, através de parcerias intersetoriais, alcançar uma população desassistida que se encontra em situação de rua e de abuso de álcool e outras drogas, denominado “Coletivo Café Cultural Psicossocial”. Visamos consolidar a presença do CAPSi no território, nos aproximando dos usuários de drogas

em seu local de moradia e uso, a saber, a rua. Tornando a Saúde Mental e seus interlocutores – Atenção Básica, Desenvolvimento Social, entre outros – acessíveis a esses usuários e corresponsáveis em seu cuidado, podemos conhecer os espaços em que vivem, favorecer a vinculação com a comunidade, a desconstrução de preconceitos e incluí-los no mapa do serviço público, desenvolvendo redes de atenção institucionais e comunitárias, transcendendo as paredes das unidades de saúde.

Com esse intuito, iniciamos discussões com a Coordenadoria de Saúde de Área Programática local (CAP), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da área, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) e agentes comunitários de saúde (ACS), também levadas ao Fórum de Saúde Mental da área, para estruturar o projeto coletivamente e escolher o local da intervenção, qual seja, a comunidade de Vila Vintém, localizada no bairro de Padre Miguel, zona oeste do Rio de Janeiro. Trata-se de um local de baixa renda, carente de recursos públicos e econômico-sociais, considerado área de risco e marcado por violência armada, onde o tráfico de drogas é uma realidade vivenciada pela população deste território. É neste local situado em frente a uma movimentada estação de trem que costumam se concentrar moradores de rua e usuários de drogas, configurando o que vulgarmente ficou conhecido como “cracolândia”. Cabe aqui ressaltar que não pactuamos dessa expressão pejorativa, pois não se trata de uma “cidade do crack” e sim de nossa cidade, o que implica e corresponsabiliza a todos os cidadãos e municípios em suas mazelas.

Ainda nestas proximidades encontram-se o Centro Municipal de Saúde de Padre Miguel (CMS), onde parte do território é coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por cinco equipes, e um Centro Integrado de Educação Pública

(CIEP) que funciona em horário integral com crianças que cursam do primeiro ao nono ano de ensino. Uma cena cotidiana vivenciada por esta escola envolve o fato de que a mesma não tem muros, apenas grades, e o pátio onde as crianças passam o recreio fica exatamente ao lado da calçada onde (na rua) está situada a “cracolândia”. Este dado aponta que as crianças, por intermédio das grades, assistem e convivem diariamente com cenas de usuários consumindo drogas no local, bem como com pessoas que atuam a serviço do tráfico. Parte destes atores que estão na rua são inclusive seus próprios familiares, sendo um desafio relatado pela escola a abordagem do tema no local. Diante das fragilidades apresentadas, percebeu-se a necessidade da parceria entre essas instituições nesta iniciativa.

Partindo deste contexto, o “Coletivo Café” tem acontecido quinzenalmente desde então, contando com a presença da equipe do CAPSi e colaboração de ACS, do CREAS, do redutor de danos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de outro território, já que não contamos com CAPSad em nossa área, e de moradores da região. Nas articulações que o café exige, temos podido contar com a Unidade de Acolhimento (UA) deste CAPSad, para os casos em que houver indicação para tal. A atuação do ACS tem sido prioritária para inserir a equipe no território, uma vez que este profissional possui conhecimento do local, tanto em termos geográficos quanto em termos de recursos humanos, servindo como elo importante entre a comunidade e os serviços de saúde. O CREAS, equipamento do Desenvolvimento Social atuante nas situações de violação de direitos, rapidamente se afinou ao projeto, somando esforços não apenas na obtenção de documentação, orientação e encaminhamento para recebimento de possíveis benefícios ou acolhimento institucional, como também na promoção de passeios com os usuários, ca-

racterizando o aspecto sociocultural e de reinserção social da proposta. O CAPSad se fez presente seja através da presença pontual de um redutor de danos, seja através da utilização de leitos do CAPS ou da Unidade de Acolhimento (UA), espaço de moradia transitória para as situações-limite em que os usuários demandam um afastamento da rua; além dos moradores da região, como representantes da sociedade civil, que voluntariamente se engajaram nas ações, acompanhando os usuários em seu percurso e mediando a vinculação ao Coletivo Café. Mais recentemente, também tem estado presente o CAPS da nossa área e o recém-inaugurado Consultório na Rua, que conta com equipe composta por agentes sociais, enfermeiro, técnico de enfermagem, psiquiatra, assistente social e terapeuta ocupacional.

Estabelecidas estas parcerias, pedimos licença à comunidade, nos instalamos ao ar livre, montamos nossa mesa de café da manhã e convidamos os usuários a se juntar a nós, oferecendo nesse primeiro momento apenas nossa presença e escuta. Essa é uma prerrogativa fundamental do Café, embasados que estamos na clínica e na lógica da redução de danos. Não propomos internação, religião, assistencialismo, abrigo, algum projeto de vida “melhor”, abstinência ou qualquer coisa do tipo. Aproximamo-nos das experiências dessas pessoas, de suas histórias e nos colocamos disponíveis para receber e agenciar os pedidos e demandas que vierem por ventura a ser feitos, seja de escuta, de cuidado com o corpo na Clínica da Família, de acolhimento institucional ou até de tratamento, que pode inclusive se dar no próprio local quando de nossas visitas.

Nesses primeiros nove meses do “Coletivo Café”, podemos dizer que já temos uma vinculação estabelecida com essa população e a comunidade também nos tem procurado na ten-

tativa de lidar com questões trazidas pela situação de rua e o abuso de drogas. Na experiência com os usuários, tem sido possível observar o quanto valorizam esse lugar onde podem ser olhados, ouvidos e respeitados em sua singularidade, suas escolhas e dificuldades.

Construindo um Trabalho

Apesar de não encontrarmos com frequência crianças e adolescentes no local, nosso público-alvo inicial, seguimos acompanhando os adultos que nos chegam.

O primeiro impasse que enfrentamos não foi surpresa. Em reuniões prévias com os agentes comunitários do CMS, já tinham sido mencionados os desafios de acessibilidade deste público junto aos equipamentos da rede. Os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas da Família encontram dificuldades em prestar atendimento a sujeitos em situação de rua e a usuários de drogas. Muitos não possuem documentos de identificação ou referência residencial como CEP, ficando impedidos de ser cadastrados no sistema, gerando contraditoriamente a interpretação de que, por esta razão, também não podem ser atendidos. Diante destes impasses identificados, percebemos ter sido importante fazer a ponte entre esse público “sem CEP” e a unidade de saúde. Enquanto fazíamos essa mediação o atendimento era possível, mas se não estávamos presentes não havia procura de nenhuma das partes. Nem do público em questão, nem da própria unidade de saúde em estabelecer um vínculo de cuidado, mesmo estando a cinquenta metros de distância do local onde eles costumam se reunir.

Em decorrência da apresentação de nossa iniciativa, o CREAS se mostrou interessado em participar. Contudo, naquele primeiro momento identificamos conflitos de perspectivas e modos de abordagem junto a este público-alvo. Os pro-

fissionais do CREAS, ao partirem do entendimento de que um sujeito que vive na rua está totalmente privado de seus direitos, tenderam inicialmente a apresentar uma concepção com foco assistencial e mais imediatista de suas ações, mantendo como meta a possibilidade de cadastrá-los e encaminhá-los rapidamente para outros lugares, tirando-os daquele local. Acreditamos que essas medidas em si mesmas não dão conta de uma prerrogativa de cuidado ampliado que leve em consideração as demandas de cada sujeito. Partimos desta afirmação, porque consideramos que muitos têm a rua como referência e produção de sentido, onde detêm um círculo de amigos e até um papel social. Lá possuem apelidos como “segurança” e “mãe”, que muitas vezes identificam suas funções naquele grupo. É no espaço da rua que esses sujeitos encontram ainda a possibilidade de um lugar ou reconhecimento que talvez, em alguma dimensão subjetiva, tenha lhes sido privado ou negado.

Vimos também que a aproximação do carro institucional do CREAS causava reações de desconforto naquela população, pois estavam acostumados com a política higienista urbana que os tirava de seu território, levando-os compulsoriamente a abrigos mal estruturados. Diante deste contexto, tornou-se fundamental estabelecermos aos poucos uma pactuação de pontos de vista junto aos profissionais do CREAS participantes de nossa iniciativa, para que pudéssemos afinar nossa abordagem interdisciplinar aos objetivos da proposta do “Coletivo Café”.

Gradativamente fomos nos estabelecendo no ambiente, sempre respeitando o espaço e a subjetividade de cada um. Com dois meses de projeto, já foi possível traçar um perfil aproximado de seus frequentadores. Em sua maioria eram homens e mulheres entre 20 e 40 anos, embora houvesse também frequentadores entre 50 e 70 anos. Alguns estavam em situa-

ção de rua, embora tivessem casa e família a quem recorrer. Uma surpresa foi perceber ainda que nem todos eram usuários de drogas em situação de rua, alguns eram pessoas da comunidade que moravam nos arredores e, ao passarem por nós para irem ao trabalho, começavam a estabelecer conversas conosco. Algumas pessoas já recorriam a nós, tendo a consciência de que estávamos ali para ouvi-las e que o que fazíamos era uma modalidade de tratamento. Muitos conversavam sobre a família, as drogas ou as questões da rua. E uma fala percebida como frequente no discurso de muitos foi a de que “a rua vicia”, e que o processo de adaptação nela é “muito rápido”. Muitos verbalizavam que a rua tem bastante a oferecer para aqueles que, por diversas razões, tiveram que recorrer a ela.

Após algum tempo, surgiram especificamente três casos, nos quais os sujeitos recorreram a nós em busca de um tratamento diferenciado que os tirasse daquele local e da proximidade com as drogas, a princípio. Este contato foi possibilitado por uma moradora da região que tinha boa comunicação com os mesmos. Durante nossa ausência, eles a procuraram com o objetivo de que ela contactasse a equipe do CAPSi, informando sobre suas respectivas demandas voluntárias por tratamento ou internação. Um ponto a ser ressaltado nesse contexto é o de que a ideia comum que a população da região tem sobre tratamento para usuários de drogas se baseia na lógica da internação em comunidades terapêuticas vinculadas a instituições religiosas, onde os sujeitos ficam reclusos tendo que seguir regras rígidas de comportamento, além de serem comuns relatos sobre ambientes sem infraestrutura, superlotados, com propostas de tratamento sujeitas a maus tratos, abusos e violação de direitos. Por apresentarmos uma nova perspectiva, os sujeitos em questão nos requisitaram. Acreditamos em uma proposta que os coloca como protagonistas de sua própria saúde, respeitando seus direitos e pontos de vista.

Depois de muito estudar e discutir os casos em equipe, chegou-se ao consenso de que seria indicado o encaminhamento para um CAPSad e uma Unidade de Acolhimento. Como não temos nenhuma destas duas modalidades de serviço em nosso território, tivemos que recorrer às existentes em território vizinho. Encontramos dificuldades nessa articulação porque os sujeitos em questão não eram considerados habitantes da área programática da Unidade de Acolhimento. Nesse sentido, o exercício de novas pactuações foi necessário.

Entende-se que dentro de uma Unidade de Acolhimento o sujeito não se encontra recluso do mundo, a não ser que seja seu desejo. Este local funciona como uma casa temporária onde estão disponíveis cuidadores e técnicos de saúde. Os usuários dividem o ambiente com outras pessoas e têm liberdade para saírem da instituição. Lá eles também estão sendo acompanhados por um CAPSad, que conta com o trabalho realizado por diferentes profissionais como psiquiatras, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, enfermeiros, psicólogos, entre outros, para prestarem atendimento quando necessário. Enfim, conseguimos articular para que eles fossem acolhidos pela UA. Todos os três tiveram boa adaptação no novo espaço e foram bem recebidos pelos técnicos.

Como corresponsáveis pelo cuidado (Batista; Gonçalves, 2011), passamos a acompanhá-los semanalmente e percebemos que, mesmo no cenário do acolhimento provisório, as questões da rua permaneceram recorrentes. Ao estarem acolhidos, os sujeitos não estão privados de ir e vir. Em alguns casos isso é uma das dificuldades que enfrentam, pois alegam que “a rua chama”. Então, alguns até evitam saídas frequentes, para que não tenham que passar pela provação de voltar. Relatos como estes fizeram retornar para a equipe o questionamento acerca do que a rua tem a oferecer a essas pessoas de modo tão significativo.

Observou-se que a relação que os sujeitos têm com a rua não está necessariamente vinculada às drogas de modo generalizado. Alguns deles já faziam uso dentro de suas casas, em determinadas situações, por um longo período de tempo. Dentro da instituição, alguns procuravam manter-se em total abstinência, embora por algumas vezes tivessem “recaídas”.

Através do estudo da fala dos próprios usuários abrigados percebemos que, quanto mais tempo se está na rua, mais difícil fica sair dela. Cogita-se que talvez um dos fatores que favoreçam a ida de um sujeito para a rua seja desencargo com as obrigações sociais, embora as exigências pessoais fiquem cada vez mais fortes. Eles comentam, por exemplo, que só poderão voltar para casa quando estiverem “livres” do vício da droga, ou quando sua aparência estiver melhor, entre outras coisas.

Isso nos fez lembrar a fala de um dos rapazes em especial, que afirmou que era “um sonhador”. Enquanto estava na rua sonhou em sair dela, agora em tratamento sonha em voltar para casa, retomar a relação estreita com o filho, voltar a trabalhar etc. Sonhos tão possíveis aos olhos de alguns que, se não considerarmos a própria dimensão e história do sujeito, poderíamos atropelar suas dificuldades e não entender porque não os realiza. Portanto, permitir que ele possa dizer de seus sonhos é permitir que ele nos apresente as suas dificuldades para que possamos acolher suas demandas, endereçando a ele mesmo a implicação subjetiva por seu desejo de sonhar e realizar sonhos, ou não.

O Trabalho e suas Incidências no Sujeito e na Rede de Saúde

O projeto “Coletivo Café” foi iniciado em abril de 2014, e até hoje é realizado a cada quinze dias, acontecendo às segundas-feiras pela manhã. Hoje o trabalho tem como participantes,

além do CAPSi e equipe do PET-Saúde, alguns profissionais do CAPs, do CREAS, do Consultório na Rua e alguns agentes comunitários de saúde do CMS local. Diariamente costumam passar por nós em torno de sessenta pessoas. A escola pública localizada em frente à calçada onde diariamente se concentram os usuários, bem como aqueles que atuam a serviço do tráfico, também tem-nos auxiliado com sua infraestrutura, cedendo espaço para preparação dos alimentos, além de mesas e cadeiras para que possamos nos acomodar.

A recepção do trabalho pela comunidade nem sempre foi positiva, já que muitos passavam por nós e alegavam que estávamos “sustentando vagabundos”. Gradativamente, muitos moradores também têm-se aproximado do “Coletivo Café”, através da “participação-observação”, onde têm experimentado possibilidades de interlocução com a equipe e usuários, e por vezes revendo e entendendo os objetivos do trabalho.

Tivemos e ainda temos alguns impasses em relação à organização da rede que, para prestar atendimento, mantém a exigência de registros e documentações como CEP e CPF (cadastro de pessoa física). Isso nos fez verificar que, para além de uma dimensão burocrática, as interpretações que inviabilizam o acesso e acolhimento dos sujeitos aos serviços de saúde revelam a própria dificuldade dos mesmos em se organizarem para lidar com a singularidade e contextualização que envolve os usuários de drogas e pessoas que vivem nas ruas. Outro ponto a ressaltar é que os próprios usuários relatam as dificuldades, tanto subjetivas quanto burocráticas, de atendimento quando não estamos com eles, enquanto mediadores. Fato marcante é que o CMS situa-se a aproximadamente cinquenta metros de distância da concentração dos usuários de drogas da região e muitos não conseguem estabelecer uma relação de referência para o cuidado neste serviço.

Todos esses fatos colocam em questão a seguinte indagação: É possível respeitar o ambiente do sujeito quando ele tem a rua como referência?

Levando em conta o que temos experimentado e observado a partir desta iniciativa, uma possível resposta neste momento a esta pergunta é a de que, sem a realização de um trabalho que articule as pessoas que atuam na rede, e comprometido com a ampliação de formação destas, acreditamos que não. Isso nos leva a pensar que tipos de pactuações têm sido estabelecidas e como as capacitações das equipes vêm sendo realizadas, já que verificamos que os parceiros de trabalho sabem exatamente que devem acolher, e sabem que todo cidadão tem direito de acesso ao SUS (Sistema Único de Saúde). Verificamos que sem um CAPS (BRASIL, 2004) como ordenador das demandas de saúde mental, no que tange também à práxis cotidiana com estes equipamentos, pouco poderia ser feito. Ou talvez as dificuldades de atendimento em saúde, sejam da atenção primária, secundária ou terciária, não estejam somente relacionadas à falta de conhecimento ou capacitação, mas também às dificuldades subjetivas daqueles que atendem. Verificamos que o CAPS, enquanto um “causador de desejo” e potencializador das pessoas que trabalham na rede, permite que muitos preconceitos e conceitos que não são vencidos por “capacitações”, sejam contextualizados, dialogados, problematizados e ultrapassados. Assim, o processo de construção do trabalho, para ter efetividade e essencialmente para “fazer sentido” para aqueles que trabalham, deve ser feito dialeticamente. Ao mesmo tempo que nós, trabalhadores da rede, intervimos, também nos capacitamos. Isso sim tem sido o “combustível” que mantém o desejo presentificado a cada encontro.

Outra questão importante de ressaltar e que identificamos nas falas das pessoas em situação de rua, é a de que “a rua

vicia”. Pensamos que não seja a rua propriamente dita, mas sim o que ela tem a oferecer. Muitos podem ser os motivos que levam alguém a ir morar na rua: dívidas, excesso de responsabilidades, pressão sofrida, falta de reconhecimento pelos familiares, uso abusivo de drogas etc. A relação com a rua é bem peculiar, pois exigências civilizatórias são substituídas por outras, por exemplo, quando é necessário se ter dinheiro, alguns furtam, mas outros contornam a situação fazendo “garimpos”, isto é, catam sucata para vender ou fazem outros “bicos”, como eles costumam chamar. Por outro lado, verificamos que, ao contrário do que poderíamos pensar sobre a rua ser um possível espaço no qual as obrigações e as exigências sociais poderiam ficar diluídas, parece haver neste contexto um intenso recrudescimento das exigências subjetivas. Muitos usuários e participantes do “Coletivo Café” apresentam uma autocrânica e um senso de exigência severos, ao considerarem que não podem voltar para casa por estarem nestas condições, e só voltarão quando estiverem extremamente bem. Portanto, é construída uma relação de significado com a rua ao acreditarem que ela seria um local facilitador e de diminuição de tensão. Talvez estas afirmações colaborem para estreitar a relação do sujeito com a rua e reafirmem a asserção de que a rua vicia. Verificamos em quase maioria dos casos que há a vontade de voltar para casa ou de estar em uma outra posição, o que nos aponta que a rua não é um espaço de diminuição de exigências, mas um local onde estas podem se recrudescer.

Encontrando o Sujeito

O projeto “Coletivo Café Cultural Psicossocial” excedeu as expectativas. Rapidamente conquistamos alguns parceiros. Pouco a pouco vemos nossos objetivos serem atingidos. Já é possível ver a repercussão positiva que nosso trabalho vem

desenvolvendo, principalmente ao considerarmos que o dispositivo “Coletivo Café” apontou para uma demanda de atenção e cuidado (usuários de drogas em situação de rua) que até então era tratada como “invisível” e marginal no território. Esta ação, que começou de maneira pontual mediada pela atuação conjunta entre Pet-Saúde e CAPSI, teve desdobramentos importantes como o estabelecimento de parcerias intersetoriais e a recente criação do Consultório na Rua em um território que ainda não conta com a presença de um CAPSad.

Além disso, conquistamos o espaço e temos o reconhecimento de parte da comunidade. Atualmente tem sido possível escutarmos falas dos usuários e da população local como “Voltem, mesmo sem o café” ou “Que bom que voltaram!”, indicando que há desejo, apropriação e compreensão desta iniciativa para além de um foco assistencialista. Neste sentido, acreditamos que também fazemos parte do território.

O território é formado principalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos pessoais, seus interesses e vontades, seus amigos, seus vizinhos, suas famílias, suas instituições, seus cenários etc. Então, é preciso reconhecer que a rua faz parte do território desses sujeitos, devendo ser respeitada esta relação.

Assim, podemos concluir que não há um sujeito identificado como usuário de droga ou morador de rua. O que se verifica de modo contundente é que não é possível definir, rotular ou generalizar quem são essas pessoas. Sabemos, no entanto, que são sujeitos de desejos com conflitos e dificuldades grandes em fazer laços sociais. Desmistificamos a droga como fator preponderante para a vida na rua; a droga acaba sendo um viés de suportabilidade diante das dificuldades dos sujeitos, não sendo esta, portanto, a principal questão. Acreditamos que ao focar na droga, desfocamos e perdemos o sujeito e não per-

mitimos a possibilidade deste “sair dela”. Quando permitimos que falem o que vier à mente, permitimos a emergência do singular e não do padronizado, da repetição de conceitos como “crackudos”, por exemplo.

Verificamos acima de tudo que através da fala livre, sem estar direcionada ao que queremos escutar, podemos reconhecer as verdadeiras subjetividades dos indivíduos. E, ao ouvirmos sem julgamentos, estamos demonstrando nosso desejo de estar entre essas pessoas, permitindo a elas o estreitamento de laços, atingindo diretamente as dificuldades que estas apresentam.

Quando a Formação e a Qualificação Profissional são Ressignificadas pelo PET-Saúde

O conjunto de experiências vividas neste PET-Saúde Redes de Atenção tem configurado uma trajetória de formação coletiva que não se traduz de maneira simples, nem mesmo linear. Por envolver a reunião de diferentes atores, de diferentes áreas, níveis de conhecimento e formação, esta proposta tem implicado uma pluralidade de pontos de vista e interpretações que, se por um lado poderiam facilmente gerar divergências e impasses, por outro tem contribuído para ultrapassar a rigidez dos discursos cristalizados ao longo da formação profissional de cada um de seus participantes, enriquecendo discussões, apontando novas problematizações e realizando proposições criativas diante das demandas surgidas.

Esta caminhada conjunta e processual em busca da interdisciplinaridade tem convocado de todos um exercício de adaptação que só é possível mediante a passagem do tempo, no que tange ao reconhecimento dos limites e possibilidades de cada sujeito (dos usuários dos serviços, dos alunos, dos preceptores, da tutora, dos profissionais colaboradores da Rede),

podendo-se respeitar as diferenças nos modos de ser, existir, pensar, trabalhar e conviver.

Este exercício tem envolvido ainda aprender a lidar com temas que permeiam a delicada relação do sujeito com a droga e com a rua, sem a pretensão de afastá-lo de suas escolhas, mas de respeitá-lo, compreendê-lo e contextualizá-lo, buscando-se não violar a sua subjetividade e nem reforçar uma perspectiva excludente dentro do próprio território.

Temos visto que esta proposta, ao problematizar a relação dos sujeitos com a rua e com as drogas, bem como ao realizar novas abordagens neste contexto vinculando-o ao campo da saúde, tem contribuído para proporcionar formação integral aos estudantes, possibilitando o desenvolvimento do seu potencial intelectual e do seu conhecimento técnico-científico, assim como a sua formação para o exercício da cidadania, responsabilidade ética e social.

Os alunos, juntamente com todos os membros da equipe ampliada, têm participado do planejamento, programação e avaliação que envolvem esta iniciativa, exercendo um papel protagonista ao proporem e implementarem ativamente novas metodologias de cuidado que visam reduzir os danos causados pelas situações de extrema vulnerabilidade. Já a preceptoria tem constituído um espaço importante não só para os alunos, mas também para que os próprios trabalhadores/preceptores possam exercer sua função de transmissão das lógicas de funcionamento de um serviço público, bem como atualizar seus próprios conceitos sobre o trabalho neste campo, sendo convocados a “melhor dizer” sobre suas práticas e exercitar também a produção científica por vezes pouco praticada pelos trabalhadores do SUS. De maneira a articular estes diferentes atores, a tutoria tem buscado fomentar a discussão teórica e técnica de temáticas pertinentes às ações do projeto; bem como discutir

casos, impasses e desafios junto às equipes, visando elaborar conjuntamente estratégias para viabilidade da proposta e incentivar a difusão das experiências vividas e compartilhadas.

Destaca-se que para além de qualquer referencial teórico compartilhado no contexto acadêmico, é neste cenário cotidiano da prática mediada por estas experiências que tem sido possível alcançar a verdadeira compreensão do conceito ampliado de saúde (FONSÊCA, 2007), não mais restrito apenas à mera ausência de doenças, a partir do desenvolvimento da sensibilidade como ferramenta primordial de trabalho, sobretudo com foco nos princípios do SUS. Somente com esta sensibilidade é que se pode reconhecer e acessar a subjetividade e singularidade de cada ator envolvido e, por consequência, compreender que uma efetiva Rede de Atenção não se constitui pronta ou acabada, mas sim que é dinâmica e está em contínua construção, na medida em que envolve pluralidade de relações e que as mesmas só se tecem ou se configuram de maneira variável, uma vez que dependem das necessidades singulares de cada sujeito.

De maneira articulada a estas prerrogativas, os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de graduação em saúde do IFRJ, ao objetivarem uma formação profissional generalista e voltada à atuação no SUS, estão em plena consonância com as contribuições advindas das experiências alavancadas por esta proposta PET-Saúde Redes de Atenção, na medida em que buscam formar sujeitos críticos, participativos, e capazes de atuação em redes coletivas no trabalho, na política e nas relações sociais, indo além de prepará-los para a profissão, formando cidadãos proativos diante dos desafios da realidade.

Deste modo, vivências mediadas e compartilhadas por esta iniciativa, articuladas ao ensino de graduação, têm constituído estratégias para estimular o desenvolvimento não só

das competências profissionais, mas também de percepções, de atitudes e de valorização da postura colaborativa e ética, determinante ao exercício profissional de todos os envolvidos (discentes, docentes, profissionais de saúde e colaboradores).

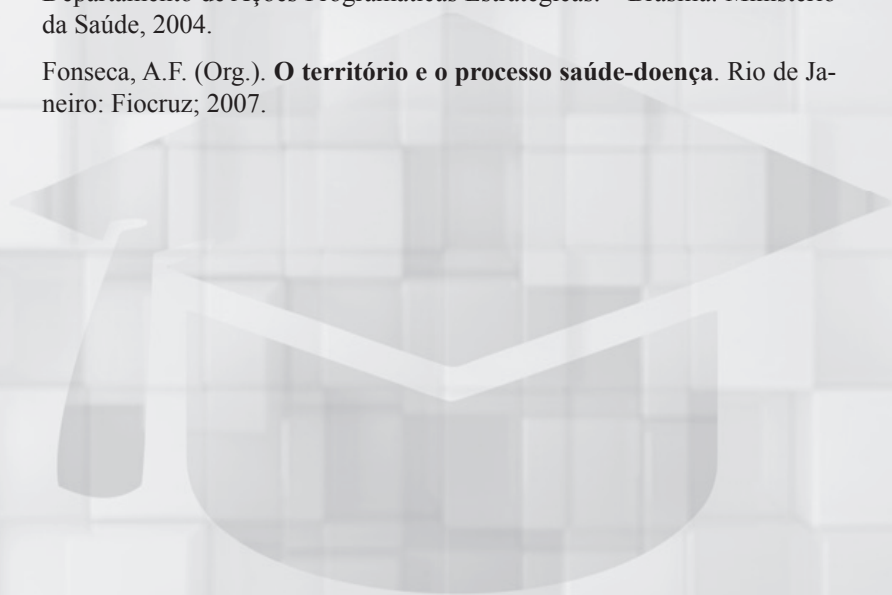
Com base nestas prerrogativas, argumentamos que um caminho possível para a qualificação da formação profissional está em preconizar uma relação direta e dialógica com a sociedade, por meio da qual os conteúdos abordados poderão ser contextualizados de maneira interdisciplinar, contribuindo para romper com a dicotomia entre o “saber” e o “saber fazer”, ampliando os recursos acadêmicos e profissionais rumo a uma efetiva transformação social.

Referências

Batista, K.B.C.; Gonçalves, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** (São Paulo). 2011; 20 (4): 884-899.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Fonseca, A.F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

A Utilização da Língua Brasileira de Sinais como Ferramenta Inclusiva na Estratégia Saúde da Família

Danilo Cangussu Mendes

Patrícia Alves Paiva

Maria Rita Lima Lopes

Mariana Martins Souza

Brany Dardielle Silva Sampaio

Tatiane Danielly Moreira Chaves

Carla Cruz Santos

Christina Mameluque Lúcio

Genesco Leonardo de Souza Nunes

Carlos Alberto Quintão Rodrigues

O ser humano, ao necessitar de relações que possam discutir e oferecer conhecimentos sobre os mais variados, assuntos utiliza-se do processo comunicativo. Por meio dele há a troca de experiências a fim de gerar uma mudança de comportamento (MOURÃO et al., 2009). O comportamento humano é inseparável da comunicação, pois ela intervém em todos os campos na execução de suas funções. Assim, a comunicação pode ser descrita como um mecanismo de troca e assimilação de mensagens enviadas e recebidas, permitindo as pessoas que compartilhem a interpretação de ideias e propósitos (COSTA, 2004).

Para Morais et al. (2009), o ato comunicativo, enquanto elemento de interação e compreensão, demonstra a relação necessária entre os seres humanos, sendo que é a partir do mecanismo de comunicação que há a transmissão de experiências, angústias e incertezas, ao mesmo tempo em que atendemos as nossas exigências enquanto seres de relação.

A deficiência auditiva caracteriza-se pela perda parcial ou total da capacidade de ouvir e pode se manifestar em diferentes graus (leve, moderado, severo e profundo), em virtude da redução da sensibilidade ou da discriminação auditiva. As consequências mais importantes da deficiência auditiva estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estão relacionadas à incapacidade auditiva e à desvantagem auditiva (Marques; Kozlowski; Marques, 2004).

Para que as pessoas com deficiência auditiva tivessem um melhor relacionamento dentro da sociedade, viu-se necessário a existência de amparo legal. A Lei 10.098/2000 (BRASIL, 2000) é específica para estabelecer normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. O artigo 2º, resolução I determina que estes cidadãos tenham a possibilidade e con-

dição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação acessíveis a eles.

Quanto à comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e ouvintes, o reconhecimento da promulgação da Lei 10.436/2002 (BRASIL, 2002) determina como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Por meio desta lei fez-se o decreto nº 5.626/2005 (BRASIL, 2005) para regulamentar a mesma, em que o art. 25 na resolução IX trata sobre o atendimento às pessoas com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação.

A Libras é um sistema linguístico visuo-espacial, ou seja, faz uso da visão e do espaço em vez da audição e do som. Seus sinais são formados pela configuração de mãos e movimentos associados a pontos de referência no corpo e no espaço, podendo vir ou não acompanhados de expressão facial (Carmozine; Noronha, 2011).

Há a tendência de se achar que a Libras se trata apenas de mímicas ou gestos simbólicos sem nenhuma estruturação linguística (Dizeu; Caporali, 2009). Entretanto, a Libras é representada por todos os componentes das línguas orais, como gramática, semântica, pragmática, sintaxe e outros elementos, preenchendo, dessa forma, os requisitos científicos para ser considerada instrumental linguístico (BRASIL, 2009).

A comunicação com deficientes auditivos é um obstáculo para os profissionais da saúde, prejudicando o vínculo e atendimento desses pacientes. Reconhecer a deficiência na comu-

nicação em situação de cuidado à saúde leva os profissionais a refletirem sobre essas questões e a melhorarem os serviços (Chaveiro; Barbosa, 2005). A Libras tem ganhado espaço no contexto dos serviços de saúde porque a comunicação com os deficientes auditivos tem sua aplicabilidade não apenas para conhecer as queixas do paciente, mas também para estabelecer uma forma de interação profissional-paciente, devendo ser acessível e possibilitar o entendimento das informações fornecidas (Linard; Rodrigues; Fernandes, 2009).

No que consiste à atenção à saúde da pessoa com deficiência, as Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão, ou seja, devem ser inseridas no mesmo modelo assistencial geral utilizado pelos demais cidadãos (BRASIL, 2010).

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que tem por objetivo apresentar a vivência de preceptores e acadêmicos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na realização de atividades inclusivas dentro da Estratégia Saúde da Família aos usuários com deficiência auditiva.

Metodologia Empregada e Resultados Alcançados

O presente relato de experiência traz à tona a importância da inclusão de pacientes com deficiência auditiva na Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de ferramentas que possibilitam uma comunicação adequada no processo de cuidado na Atenção Primária. O cenário do trabalho é uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, localizado no norte do estado de Minas Gerais. Os agentes envolvidos neste processo são: o enfermeiro e a dentista da equipe de saúde, três acadêmicas de enfermagem e três

acadêmicas de odontologia, coordenador e tutor, todos integrantes do Pet-Saúde. Inicialmente relata-se o atendimento a um paciente com deficiência auditiva na ESF do bairro Cintra anterior ao estudo da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Em seguida, já com relativo domínio da língua dos sinais, outras atividades foram conduzidas com o objetivo de incluir e prestar melhor assistência à saúde a estes pacientes.

Momento 1: Um atendimento clínico de urgência e o interesse pelo estudo de Libras

O primeiro momento foi um atendimento odontológico a um paciente com deficiência auditiva realizado na própria unidade de saúde no ano de 2012. Percebeu-se neste atendimento que, mesmo usando recursos de mímica, desenhos e gestos, a comunicação era insatisfatória, levando a profissional cirurgiã-dentista a uma sensação de angústia e impotência. Notou-se, a partir de então, que os deficientes auditivos não procuravam a unidade, ou vinham acompanhados de familiares que intermediavam as consultas. Mediante essa percepção, a cirurgiã-dentista motivou-se a frequentar o curso de Libras para minimizar a dificuldade de acesso dos pacientes e dissolver a problemática da comunicação entre esses e os profissionais da unidade.

Momento 2: Visita domiciliar puerperal

Neste mesmo ano, o enfermeiro da equipe visitou uma puerpera, que era deficiente auditiva, e estava com dificuldades em amamentar seu recém-nascido. Já tendo iniciado o curso de Libras, a cirurgiã-dentista da unidade foi convidada para ser intérprete na visita puerperal. A mesma relata ter sido um momento único em sua carreira profissional, já que se estabeleceu não apenas uma relação profissional-paciente, mas duas pessoas buscando comunicação, partindo de uma troca

de anseios e de ensinamentos. Enquanto o enfermeiro passava as instruções sobre amamentação, estas eram transmitidas à paciente por meio de sinais pela cirurgiã-dentista. Em pouco tempo, a referência da paciente deixou de ser as expressões do enfermeiro e passou a ser as mãos que lhe transmitiam a informação. Ao passo que a mãe era tranquilizada quanto à amamentação da filha, outras informações referentes aos cuidados com o bebê puderam ser passadas. A gratidão sentida ao fim da experiência, além de emocionar, motivou os profissionais a prosseguir no aprendizado e no atendimento da família da paciente.

Momento 3: Consulta de Crescimento e Desenvolvimento

Posteriormente, a mesma criança que havia sido atendida por meio da visita domiciliar foi atendida também na consulta de crescimento e desenvolvimento (CD) multiprofissional realizada na unidade de saúde pelo enfermeiro, a cirurgiã-dentista intérprete de Libras e os acadêmicos do PET-Saúde Unimontes. Pôde-se visualizar durante esta consulta que, através das traduções da intérprete, o casal de deficientes auditivos tinha maior facilidade para entender o que era solicitado e orientado a eles. A participação da intérprete cirurgiã-dentista foi primordial para o bom andamento do CD e maior acessibilidade do cliente com deficiência auditiva ao serviço ofertado. O fato da cirurgiã-dentista ser, ao mesmo tempo, a intérprete e a profissional que participava da realização da consulta, teve um impacto ainda maior do que se, por exemplo, estivesse no consultório uma intérprete exclusivamente para as traduções, pois esta seria uma “estranha” ao ambiente da consulta.

A inclusão social é uma forma pela qual a sociedade busca incluir pessoas com deficiências em seu meio, objetivando torná-las preparadas para assumirem seus papéis dentro da socie-

dade. Ao realizar a Consulta de Puericultura com uma criança cujos pais são deficientes auditivos, busca-se empoderá-los no cuidado à sua filha, auxiliá-los diante das diversas situações que se apresentem e que porventura venham a surgir. O uso da Libras torna-se um divisor de águas pois favorece o processo comunicativo e a aproximação entre profissionais e usuários deficientes auditivos. A comunicação efetiva é uma das formas de humanizar o atendimento, contribuindo assim para a qualidade das interações humanas e satisfação das necessidades do cliente assistido.

Momento 4: Atendimento odontológico à uma paciente com deficiência auditiva

Foi realizada uma consulta odontológica agendada a uma outra paciente com deficiência auditiva adscrita nesta mesma área de atuação da referida equipe da Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, como é rotineiro na equipe, realizou-se um acolhimento inicial da paciente para a prática odontológica. Nesta etapa de avaliação inicial, observa-se as necessidades odontológicas dos cidadãos cadastrados e que ainda não estão em tratamento e que por demanda espontânea procuram a unidade. Após este primeiro contato, o agente comunitário de saúde responsável por cobrir o território em que a paciente reside agendou a consulta programada.

A consulta programada foi realizada pela cirurgiã-dentista da unidade, que também é intérprete de Libras e preceptora do PET/Saúde, acompanhada por uma acadêmica de odontologia do 9º período e estagiária do PET-Saúde. Nessa oportunidade, realizou-se a anamnese completa, em que a cirurgiã-dentista falava e utilizava a Libras, e a paciente respondia também através da Libras, de mímicas e gestos gerais. Pôde-se construir um diálogo saudável entre corpo técnico e paciente, em que

ambas as partes se entenderam e a prática clínica foi facilitada. Realizou-se nesse mesmo momento o exame físico, intra e extra-oral. A cirurgiã-dentista executou, ainda, alguns procedimentos específicos da odontologia, de acordo com a demanda apresentada pela paciente. O atendimento foi efetuado de maneira tranquila, segura e confortável, de modo que, com uma comunicação adequada, foi possível utilizar a técnica do “dizer-mostrar-fazer”. Esta técnica familiariza o paciente com o consultório e a equipe odontológica, incluindo explicações prévias a determinados procedimentos, demonstrações e execução daquilo que foi explicado.

De maneira geral, foi possível realizar um atendimento igualitário, em que a paciente com deficiência auditiva participou como agente ativo de seu tratamento. Não foi necessário um mediador ou acompanhante para explicar ao profissional as queixas de saúde que aquela paciente apresentava, assim como repassar as orientações do profissional. Assim, a paciente com deficiência auditiva teve oportunidade de expor as suas inquietações e dúvidas e compreender o profissional e suas explicações.

A presença de um profissional capacitado em Libras possibilitou a criação de um vínculo profissional-paciente que foi primordial para garantir uma acessibilidade desta aos serviços da ESF e uma qualidade no tratamento. O atendimento possibilitou, ainda, à acadêmica participante, acompanhar todo o protocolo de atendimento odontológico no contexto da ESF, assim como a experiência em lidar com as particularidades que implicam no atendimento de pacientes com condições especiais. Durante a consulta, a cirurgiã-dentista trabalhou a relação ensino-aprendizagem de forma contínua, buscando interação constante com a acadêmica participante e a incentivando a realização de um atendimento humanizado.

Momento 5: Educação permanente na unidade de saúde com relação ao estudo de Libras

Diante da demanda apresentada e da dificuldade da equipe na abordagem das pessoas com deficiência auditiva, percebeu-se que era necessário a conscientização dos funcionários da unidade com relação à prática de Libras. Nesse âmbito, foi implantada a educação permanente para os componentes da Estratégia de Saúde da Família. Essa iniciativa foi guiada pela cirurgiã-dentista da unidade, que procurou passar conceitos e princípios básicos da Língua Brasileira de Sinais aos prestadores de serviços de saúde da unidade, habilitando-os a conduzir um diálogo entendível por ambas as partes (trabalhadores/pessoas com deficiência auditiva) a fim de facilitar o acesso da população em questão aos serviços de saúde. Foi realizada uma reunião com todos os trabalhadores da unidade, e os conhecimentos em Libras foram passados utilizando recursos áudio-visuais, encenação direta de situações pela cirurgiã-dentista, cartazes e folhetos.

A experiência de capacitação dos trabalhadores em Libras tornou-se uma importante ferramenta inclusiva, que teve como objetivo facilitar a inserção das pessoas com deficiência auditiva ao serviço primário em saúde, estreitando o vínculo e possibilitando um atendimento integral à saúde dessa população.

Objetivando ainda uma maior adaptação do ambiente da Estratégia de Saúde da Família aos seus usuários, procurou-se colocar na recepção e locais estratégicos o alfabeto de Libras para facilitar a compreensão mútua e comunicação bem como meios de sinalização dos compartimentos da unidade (consultórios, banheiros, sala de curativos, recepção) para prover acessibilidade desse público aos serviços de saúde diversos oferecidos.

Discussão

A inclusão dos pacientes com deficiência auditiva no cuidado em saúde: aplicando os princípios do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em sua ideologia e nos seus princípios aquela que seria a grande política de humanização e de assistência à saúde de qualidade para os brasileiros, baseada em um acesso universal, gratuito, equânime e integral. Neste contexto, de acordo com Starfield (2002), a acessibilidade é o produto da relação entre a disponibilidade de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos que necessitam desses serviços. Entretanto, vários fatores podem criar uma resistência com relação ao atendimento no cuidado primário em saúde, sendo que, no caso dos pacientes com deficiência auditiva a dificuldade na comunicação é considerada o principal entrave. Esse fator cria um distanciamento desse público com a equipe de saúde, sendo de extrema importância a adoção de medidas para minimização dessa barreira (BRASIL, 2009).

A dificuldade do estabelecimento de comunicação entre paciente com deficiência auditiva e profissional de saúde tem ocasionado um atendimento de qualidade inferior aos mesmos, além de uma diminuição da quantidade de pessoas com esse tipo de deficiência que procuram o atendimento nas unidades de saúde da família. A tentativa de diminuir barreiras comunicativas existentes entre ouvintes e pessoas com deficiência auditiva encontra solução no uso da Língua Brasileira de Sinais (Chaveiro; Barbosa, 2005). Percebe-se que, para que ocorra a inclusão em seu sentido mais amplo, faz-se necessário a formação em Libras de profissionais da ESF, pois a maioria dos profissionais da saúde não conhece a língua dos sinais e os serviços de saúde públicos não dispõem de **intérpretes para mediar a** comunicação com os profissionais da saúde.

Sabendo que o bloqueio de comunicação compromete o atendimento e prejudica o vínculo entre profissionais da saúde e pacientes com deficiência auditiva, os profissionais da Estratégia Saúde da Família Cintra e acadêmicos do PET-Saúde tem realizado no território ações que visam a inclusão cada vez maior desses pacientes ao serviço.

A necessidade de inclusão de Libras na formação profissional e os benefícios do atendimento integral e humanizado aos pacientes com deficiência auditiva

Uma resposta adequada às dificuldades dos pacientes com deficiência auditiva quando estes procuram atendimento à saúde é dever dos profissionais comprometidos em colaborar na construção de uma sociedade mais inclusiva. Para que isto ocorra, é necessário que haja comunicação, que é uma ferramenta indispensável para o cuidado em saúde, uma vez que para um correto diagnóstico e tratamento é necessário a passagem de instruções e orientações por parte dos profissionais aos pacientes (Meador; Zazove, 2005; Barnett, 2002). Neste contexto, a equipe de saúde Cintra tem desenvolvido atividades de ensino-aprendizagem da Língua Brasileira de Sinais aos funcionários da ESF para que os mesmos sejam capazes de acolher de forma adequada ao público de deficientes auditivos.

Sabendo que a Língua de Sinais trata-se de um tipo de linguagem verbal que possibilita a correta comunicação com o paciente com deficiência auditiva, o profissional de saúde que a reconhece e utiliza adequadamente possibilita uma maior interação e vínculo com esses pacientes (BRASIL, 2009). A falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com a linguagem de sinais dificulta o acesso dos deficientes auditivos a programas preventivos e atendimento curativo no âmbito do SUS (Chaveiro; Barbosa, 2005).

Diante disso, urge a necessidade de melhor preparo no cuidado aos deficientes auditivos ainda durante a graduação, para que os futuros profissionais sejam capacitados em métodos de comunicação, cultura, noções básicas de língua de sinais, leitura labial e também postura frente ao paciente com deficiência auditiva (Chaveiro; Barbosa; Porto, 2008).

Embora o Conselho Nacional de Educação (CNE) e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos (DCNs) não citem de forma clara e direta a Libras no contexto da organização curricular para a maior parte das profissões da área da saúde, há uma menção que o projeto pedagógico deve formar um profissional com habilidades gerais e conhecimentos requeridos para o exercício da profissão, dentre elas a comunicação (Deslandes; Mitre, 2011; OLIVEIRA, 2012). Neste sentido, o curso de fonoaudiologia parece estar a frente neste processo, uma vez que os cursos de graduação iniciaram a inclusão da disciplina de Libras enquanto obrigatória, em seus currículos a partir do ano de 2005, por meio do decreto nº 5.626 (BRASIL, 2005). Neste mesmo decreto, há a recomendação para instituição de disciplina curricular optativa de Libras em demais cursos da educação superior e na educação profissional. Baseado nesta linha, uma boa alternativa para as Instituições superiores responsáveis pela formação dos novos profissionais da área da saúde é oferecer uma disciplina optativa de Libras para a familiarização e comunicação básica dos profissionais com os pacientes com deficiência auditiva no sentido de promover a inclusão dos mesmos.

Diante do exposto, a linha de trabalho inclusiva adotada pela equipe da ESF Cintra no município de Montes Claros-MG tem gerado benefícios não somente para a população de deficientes auditivos atendida no território, mas também para a própria equipe de saúde e acadêmicos do PET-Saúde, uma

vez que a experiência de trabalho com esse público torna os funcionários e acadêmicos mais humanos no atendimento em saúde e promove o ganho gradativo de habilidades no processo de comunicação. A gratidão demonstrada por esses pacientes quando se sentem incluídos no processo de cuidado da própria saúde é algo motivador e inspirador, pois traz a tona o verdadeiro estado de profissional humanista daqueles que trabalham na estratégia saúde da família. Para o acadêmico do PET-Saúde, tem sido uma experiência única, pois tem propiciado uma vivência profissional que vai além daqueles preceitos aprendidos em sala de aula.

Considerações Finais

O processo de comunicação é imprescindível no desenvolvimento de um correto diagnóstico, tratamento e estabelecimento de medidas preventivas de autocuidado por parte dos próprios pacientes. Quando este processo não é estabelecido de forma adequada, **há um prejuízo no atendimento** à saúde de qualidade e integral da forma como é preconizado no Sistema Único de Saúde. Assim, a utilização adequada das técnicas da comunicação interpessoal é peça chave para que o profissional possa ajudar o paciente a atender suas demandas em saúde.

O atendimento inclusivo aos pacientes com deficiência auditiva realizado na Unidade de Saúde Cintra por meio de atendimento clínico, visita domiciliar, consulta de Crescimento e Desenvolvimento tem sido uma experiência exitosa na medida em que tem promovido a aproximação desse público com a unidade de saúde e estreitamento do vínculo com a equipe de saúde e acadêmicos do PET-Saúde. A participação dos mesmos nas atividades habituais da Estratégia Saúde da Família é prova que tem-se obtido um ganho real ao humanizar o atendimento e promover a inclusão. Além disso, a melhoria

nos mecanismos de informação na unidade de saúde e a educação permanente dos recursos humanos tem contribuído para que acadêmicos do PET-Saúde e equipe da ESF trabalhem em sintonia com a proposta inclusiva aos pacientes com deficiência auditiva, visando a um atendimento de excelência calcado nos princípios do Sistema Único de Saúde.

De forma geral, ainda é incipiente a habilidade dos profissionais de saúde em lidar com os deficientes auditivos. É necessário que as Instituições de Ensino Superior se adequem ao novo panorama de organização curricular acadêmica na área da saúde, baseado na formação de profissionais generalistas, humanistas, e com postura crítica e reflexiva. Para tanto, a inclusão da disciplina optativa de Libras torna-se uma importante medida inclusiva que está de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Educação e Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos.

Adicionalmente, deve haver um esforço por parte da gestão dentro do SUS para a educação permanente dos profissionais de saúde no que se refere a adoção da Língua de Sinais. Estratégias pioneiras têm sido adotadas de forma integrada entre as secretarias municipais de saúde e educação para oferecer esse tipo de capacitação aos profissionais, visando dessa forma dirimir as barreiras na comunicação na prestação do serviço em saúde.

Referências

Barnett, S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. **Acad Med**. 2002; 77(7): 694-700.

BRASIL. Decreto nº 5.626. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 2005.

BRASIL. Lei nº 10.098. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 2000.

BRASIL. Lei nº 10.436. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Secretaria Nacional de Justiça. **A classificação indicativa na Língua Brasileira de Sinais**. 1ª ed. Brasília: SNJ; 2009.

Carmozine, M.M.; Noronha, S.C.C. **Surdez e libras**: conhecimento em suas mãos. 1ª ed. São Paulo: Hub Editorial; 2011; 111p.

Chaveiro, N.; Barbosa, M.A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc Enferm (USP)**. 2005; 39(4): 417-22.

Chaveiro, N.; Barbosa, M. A.; Porto, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. **Rev. Esc Enferm (USP)**. 2008; 42(3): 578-83.

Costa, M.P.F. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: Silva, M. J. P. (Org.). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004. p. 111-22.

Deslandes, S.F.; Mitre, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**. 2011; 13(1): 641-9.

Dizeu, L.C.T.B.; Caporali, S.A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. **Educ. Soc (Campinas)**. 2005; 26(91): 583-597.

Linard, A.G.; Rodrigues, M.S.P.; Fernandes, A.F.C. Comunicação na consulta ginecológica de enfermagem. **Rev. Tendên da Enferm Profis**. 2009; (1)2: 89-92.

Marques, A.C.; Kozlowski, L.; Marques, J.M. Reabilitação auditiva no idoso. **Rev. Bras Otorrinolaringol.** 2004; 70(6): 806-11.

Meador, H.E.; Zazove, P. Health care interactions with deaf culture. **J. Am Board Fam Pract.** 2005; 18(3): 218-22.

Morais, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(3): 323-7.

Mourão, C.M.L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene. (Fortaleza).** 2009; 10(3): 139-145.

Oliveira, Y.C.A.; et al. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. **Interface (Botucatu).** 2012; 16(43): 995-1008.

Starfield, B. **Atenção Primária.** Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2002.

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

O Teatro como Ferramenta de Educação em Saúde sobre Câncer de Boca: Relato de Experiência

Silmara Nunes Andrade

Luiz Fernando Martins e Silva

Andreia Silva Ferreira

Luciana Vieira Muniz

Rosy Iara Maciel de Azambuja Ribeiro

O câncer da cavidade oral representa um problema de saúde pública devido a sua elevada incidência, que se opõe às possibilidades preventivas. Ressalta-se que cerca de 10% de todos os tumores malignos do organismo ocorrem na boca (VIDAL et al., 2012; MS/INCA, 2013). Dados do Instituto Nacional do Câncer, em 2014, demonstram que o câncer bucal ocupa o quinto sítio de incidência entre todos os tipos de câncer na população masculina e o décimo segundo na população feminina, com cerca de 11.280 novos casos entre os homens e 4.010 entre as mulheres brasileiras (MS/INCA, 2013).

O estágio clínico em que a lesão é tratada está associado com a sobrevida e sequelas dos pacientes. Assim, quando diagnosticado precocemente, os níveis de cura do câncer de cavidade oral podem atingir 90% (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Porém, no contexto brasileiro, o câncer de cavidade oral continua com um prognóstico desfavorável, com altas taxas de mortalidade (Martínez-Cortez et al., 2011; Scheu-fen et al., 2011), e diagnóstico ainda tardio (Carvalho; Soares; Figueiredo, 2012). A sobrevida continua baixa, cerca de 48% (sobrevida global) e 57% (sobrevida específica para a doença) em 5 anos (MONTORO et al., 2008).

Destaca-se que o câncer bucal é uma doença multifatorial associada principalmente ao tabagismo, alcoolismo, e exposição solar sem proteção (Martínez-Cortez et al., 2011; Scheu-fen et al., 2011). Essa associação direta aos hábitos e estilo de vida da população justificam ações voltadas para a educação em saúde no âmbito da atenção primária (VIDAL et al., 2012).

As campanhas e medidas educacionais de combate ao fumo e o apoio adequado a quem deseja parar de fumar são consideradas, a longo prazo, medidas com possibilidade de reduzir a incidência do câncer de boca, visto que o tabagismo é sua principal causa (TORRES-PEREIRA et al., 2012; SASSI et al., 2010).

Atualmente, as práticas educativas realizadas no campo de saúde têm sido desenvolvidas de maneiras distintas, ademais o trabalho de extensão comunitária integra espaços de construção de conhecimentos e de experimentação de formas de cuidado (Acioli, 2008).

O Pro-PET-Saúde Câncer de Boca é um projeto de extensão desenvolvido pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) em parceria com a Secretaria Municipal de Divinópolis, financiada pelo Ministério da Saúde, que desenvolve ações visando à prevenção primária do câncer de boca e à detecção precoce da doença. Trabalha principalmente nos fundamentos da educação em saúde da população. Essa modalidade de ação estabelece contato com as situações cotidianas em seus aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos, permitindo aprendizagem e reflexão (SOARES; SILVA; SILVA, 2011).

A cultura pode ser definida pelo conjunto de valores, comportamentos e atitudes que prevalece em determinados grupos. Assim, a adoção de estratégias relacionadas com a criatividade artística pode sensibilizar e despertar nos indivíduos uma consciência sobre direitos e deveres, permitindo que esses indivíduos solucionem seus problemas (Harada; Pedroso; Pereira, 2010).

Além disso, autores como Paulo Freire e Augusto Boal defendem a perspectiva de libertação social por meio do processo de conscientização, baseado em uma visão reflexiva e ação crítica na realidade social. Para tal ancora-se na constituição de formas de diálogo democrático e estímulos para participação ativa dos sujeitos. A obra de ambos dialoga ao considerar uma dimensão educativa na arte e partem do princípio de que a educação e o teatro não são atividades neutras, são frutos de posicionamento político perante a realidade, visando a sua conservação ou a sua transformação (Canda, 2012).

Uma das estratégias utilizadas para promoção da educação popular é o teatro. A linguagem teatral é uma ferramenta de ensino-aprendizagem que permite a integração entre público e personagens, sendo eficaz como meio de troca de saberes. Essa modalidade, além de integrar arte e educação, convida o indivíduo a refletir sobre o pessoal e o coletivo (SOARES; SILVA; SILVA, 2011).

Nesse caso, cada um é estimulado a pensar sobre qual seria o seu papel no enfrentamento do câncer de boca.

Desta forma, o presente estudo buscou relatar as experiências do Pet-saúde na condução de grupos de tabagismo e de moradores. Foi desenvolvido com metodologia participativa com o uso do teatro como ferramenta educativa sobre o câncer de boca, visando a prevenção e o diagnóstico precoce da doença.

Método

O relato de experiência é fruto de ações executadas no contexto do projeto PET Saúde: “*Modelo de Atenção ao Câncer de Boca – Extensão à Formação Acadêmica*” da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Campus Centro-Oeste Dona Lindu (CCO), Divinópolis, MG. O PET, na proposta de trabalhar a educação em saúde com a população desta cidade, elaborou uma peça teatral a fim de ilustrar várias interfaces do câncer de boca como fatores de risco, apresentação inicial e tardia da doença e rede de assistência no Sistema Único de Saúde.

Quatro personagens compõem a peça teatral; um casal da comunidade, Sr. João e sua esposa dona Maria, que representam a população alvo da ação; um agente comunitário, que realizou o elo entre essas pessoas da comunidade e o serviço de saúde, além de um dentista da atenção primária, o qual apresenta o conhecimento científico sobre a patologia.

A encenação traduz a vida de um casal assistido por uma Unidade de Saúde da Família. O esposo, “Sr. João”, era etilista e tabagista, sendo que na maior parte do tempo encontrava-se embriagado e fumando sem parar. É ex-trabalhador rural e nunca se preocupou com medidas de proteção solar. A esposa, “dona Maria”, percebe uma ferida na boca do esposo; ferida essa que está presente há mais de 20 dias e mesmo assim não cicatrizou. Preocupada com a saúde do marido, Maria procura a unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) de seu bairro para marcar uma consulta com o cirurgião-dentista. Porém, seu marido não comparece à primeira consulta.

Seis meses após esta cena, a ferida de João ainda não cicatrizou e se tornou um grande “caroço” na região lateral esquerda da língua e por isso o personagem fala com dificuldade. Nessa cena, a agente comunitária, Margarida, visita a casa de dona Maria, que relata a história do esposo. Preocupada com a situação, a agente aciona o dentista da unidade de saúde que logo se prontifica em atender o Sr. João.

Dessa vez, o Sr. João comparece à consulta. Durante a conversa com o dentista, o personagem revela que fuma há 20 anos, em média um maço de cigarros por dia. Como fuma cigarro de palha, ele acredita que não faz mal à saúde. Além disso, diz que consome bebida alcoólica diariamente, porém não sabe precisar a dose.

Ao exame físico, o dentista encontra a lesão na língua de Sr. João e levanta a hipótese de câncer de boca. Por esse motivo, encaminha o personagem para o hospital do câncer, onde poderá ser realizada a biópsia da lesão e todo seu tratamento.

Durante toda a narrativa, percebe-se que as situações abordadas são cotidianas. A abordagem cômica foi realizada

sem intuito de desmoralizar qualquer um dos presentes durante a encenação.

A apresentação foi realizada quatro vezes, utilizando atores diferentes, sendo a preparação de cada nova apresentação realizada por meio de ensaios, nos quais os atores que já passaram pela experiência de encenar a peça compartilhavam suas impressões e instruíam os novos participantes. Os atores foram orientados por enfermeiros, dentistas e contadores de histórias da comunidade para que pudessem trabalhar de maneira mais próxima da realidade cultural de cada comunidade. Foi montado um roteiro que uniformizou as apresentações teatrais e todos os atores faziam parte do grupo “PET- Câncer de Boca”.

Ao término de cada encenação, a comunidade era convidada a debater sobre a situação apresentada e a expor suas dúvidas. Além disso, foi entregue para as unidades de saúde da cidade o roteiro da apresentação como forma de difundir o uso desse instrumento na atenção primária.

A avaliação da efetividade das ações era realizada subjetivamente pela análise do diálogo com a população e com os funcionários das unidades de saúde após as encenações. Nessas, a população expressava dúvidas e suas conclusões e reflexões sobre a apresentação e sobre a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca, aos atores, participantes da ação. As informações colhidas nesses encontros eram novamente apresentadas pelos atores a todo o grupo do PET saúde durante as reuniões.

Ressalta-se que os itens constantes na Resolução 466/2012 que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos foram obedecidos e esse trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São João del-Rei, parecer número 334.815.

Resultados e Discussão

A abordagem lúdica dos agravos à saúde tem se tornado prática rotineira nos serviços básicos de saúde. Os estudantes da área da saúde também vêm desenvolvendo trabalhos que utilizam essa forma de abordagem que proporciona uma forma de conhecer a população para o estabelecimento de contato e comunicação mais eficiente com a mesma.

O trabalho de Teixeira et al. (2010) corrobora com essa ideia ao defender que a interação da universidade com a população, utilizando a apresentação teatral como forma de promoção de saúde, gera uma diversidade no conhecimento, tanto para a população como para os próprios alunos, que interagem com o público e compartilham conhecimentos multidisciplinares entre si, tornando-se agentes transformadores e multiplicadores (CAMPOS et al., 2012).

O “PET-Câncer de Boca” tem utilizado o teatro como ferramenta de educação em saúde em grupos de tabagismos e nas Unidades de Saúde da Família do município de Divinópolis. Essas apresentações têm o intuito de problematizar junto à comunidade, situações cotidianas enfrentadas pelo paciente com câncer de boca. O objetivo é transmitir como mensagem principal a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca, induzindo as pessoas a assumirem criticamente a solução dos problemas de saúde-doença.

As experiências relatadas corroboram com um trabalho que descreveu o uso do teatro como instrumento educativo em um grupo de idosos e identificou que a intervenção de educação em saúde por intermédio da arte cênica despertou o desejo de extrapolar as bases tradicionais do pensar e do fazer com o compromisso de articular novos saberes e desafios para atuar na promoção em saúde (CAMPOS et al., 2012).

A partir das percepções dos apresentadores, interação do público e feedback dos funcionários das unidades, observamos que a maioria dos usuários do sistema de saúde relatou não conhecer previamente os fatores de risco, sintomas, ou formas de prevenção ao câncer de boca, e após a apresentação da peça teatral conseguiram compreender a importância do tema e formas de se prevenir, além da importância da unidade básica de saúde no caso de suspeita da doença. Com isso, podemos concluir que o teatro é uma ferramenta eficaz no processo de educação para melhorar o conhecimento da população a respeito do câncer de boca.

A apresentação teatral foi assistida por mais de 50 pessoas, nos diversos locais em que o PET atuou e dentre eles muitos questionaram se o cigarro de palha também atua como fator de risco para o câncer de boca. Na literatura é consenso que todas as formas de utilização do tabaco possuem importante papel na carcinogênese (Scheidt et al., 2012; Pednekar et al., 2011; Loyola et al., 2011). Além disso, a encenação despertou a curiosidade sobre o câncer labial, diretamente ligado à exposição solar prolongada e desprotegida (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Quanto à interação dos participantes, identificou-se que a mesma foi satisfatória. Resultados semelhantes foram descritos por um estudo em que, a partir da experiência com o teatro de fantoches com crianças, percebeu-se nessa estratégia uma forma de manter a atenção dos participantes e incentivar a participação dos mesmos, além de inovar a forma de ensinar e aprender em saúde (Luchetti; Moreale; Parro, 2011). Outro estudo realizado por estudantes de enfermagem, em creches da rede pública, demonstrou que o teatro é uma estratégia de ensino que ultrapassa a simples transmissão de conhecimentos (NazimA, 2008).

Outro aspecto enfatizado na encenação é a rede de atenção ao paciente oncológico. Todo o fluxo do paciente pode ser realizado dentro do Sistema Único de Saúde. Ao longo dos atos todo esse fluxo foi montado, desde a captação do portador de lesão suspeita pelo Agente Comunitário em Saúde, realização de biópsia no serviço de odontologia do município e o tratamento definitivo no hospital do câncer. Ademais, foi enfatizado que toda pessoa que desejar parar de fumar, que possuir dúvidas sobre lesões orais ou que precisar de tratamento oncológico, será amparado pela rede de saúde, sendo que, esse fluxo vai ao encontro com estratégias existentes para otimização da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca na atenção primária (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Considerações Finais

O trabalho realizado pelo “PET- Câncer de Boca” da UFSJ-CCO permitiu excelente integração entre o meio acadêmico e a comunidade. As informações fornecidas através do teatro possibilitaram a discussão do tema “câncer de boca”, que muitas vezes passa despercebido pela população e pelos profissionais de saúde. Sendo que as perguntas que surgiram, foram respondidas e levadas ao conhecimento dos próprios integrantes dos grupos de tabagismo e da comunidade, para que estes compreendessem com clareza e facilidade o tema abordado.

A apresentação teatral origina uma diversidade de conhecimento, principalmente quando há troca de informações, não só do público para com os atores, mas também dos espectadores para com eles mesmos. Conclui-se que o objetivo de educação em saúde pode ser alcançado através dessa ferramenta independente da idade do público.

Desvendar a linguagem científica através do lúdico e difundi-la para a população é papel dos profissionais da saúde, principalmente daqueles em formação. A importância dessas ações se traduz pelo fato do câncer de boca, se descoberto precocemente, poder ser tratado e curado (TORRES-PEREIRA et al., 2012), mas para isso, conta-se com uma população instruída e uma rede de atenção em saúde capacitada. O maior desafio é alcançar a prevenção primária da doença, e isso requer formas diversas para desestimular o tabagismo e o alcoolismo, principalmente entre a população jovem (TORRES-PEREIRA et al., 2012; SASSI et al., 2010). A peça teatral aqui discutida permeia por todo esse universo, mostrando de forma simples e ilustrativa situações da vida cotidiana dos usuários da atenção primária envolvendo os fatores de risco, sintomas e ação das unidades básicas em relação ao câncer de boca, de forma a traduzir a linguagem científica e incentivar discussões sobre o tema, despertando na população o senso crítico sobre o processo saúde-doença.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde pelo suporte financeiro, à equipe do PET-saúde (Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde) da UFSJ/CCO “Câncer de boca: Extensão à Formação Acadêmica” que participou das ações na comunidade; à Universidade Federal de São João del Rei pelo apoio logístico.

Referências

- Acioli, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.** 2008; 61(1):117-21.
- Campos, C.N.A.; Santos, L.C.; Moura, M.R.; Aquino, J.M.; Monteiro, E.M.L.M. Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** 2012; 16(3): 588-96.
- Canda, C.N. Paulo freire e Augusto Boal: diálogos entre educação e teatro. **Holos,** 2012; 28 (4): 188-98.
- Carvalho, S.H.G.; Soares, M.S.M.; Figueiredo, R.L.Q. Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr (João Pessoa).** 2012;12(1):47-51.
- Harada, M.J.C.S.; Pedroso, G.C.; Pereira, S.R. O teatro como estratégia para a construção da paz. **Acta Paul Enferm.** 2010; 23(3):429-32.
- Loyola, E.A.T. et al. Oral cancer, smoking and public health policies in Brazil: a brief review. **Applied Cancer Research.** 2011; 31(3):102-6.
- Luchetti, A.J.; Moreale, V.C.; Parro, M.C. Educação em saúde: uma experiência com teatro de fantoches no ensino nutricional de escolares. **Cuidar-te enfermagem.** 2011; 5(2):97-103.
- Martínez-Cortez, I. A. et al.** Diagnóstico tardio de Carcinoma escamocelelar en boca. Reporte de caso. **Int. J. Odontostomat.** 2011; 5(3):240-4.
- Montoro, J. R. M. C. et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.** 2008;74(6):861-6.
- MS/INCA. **Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação**
- Nazima, T. J. et al. Orientações em saúde por meio de teatro: relato de experiência. **Revista Gaúcha de enfermagem (Porto alegre),** 2008;29(1):147 – 51.
- Pednekar, M. S. et al. Association of tobacco habits, including bidi smoking, with overall and site-specific cancer incidence: results from the Mumbai cohort study. **Cancer Causes Control** (2011) 22:859–868.

Sassi, L. M. et al. Prevenção em câncer bucal: 20 anos de campanha anti-tabaco no estado do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. 2010;39(3):184-6.

Scheidt, J.H.G.S. et al. Characteristics of oral squamous cell carcinoma in users or non users of tobacco and alcohol. **Rev Odonto Cienc**. 2012; 27(1):69-73.

Scheufen, R. C. et al. Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ** (João Pessoa). 2011; 11(2): 245-9.

Soares, S.M.; Silva, L.B.; Silva, P.A.B. Teatro em foco na saúde da família. **Escola Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2011; 15 (4):818-824.

Teixeira, K.B. et al. Teatro como forma de educação ambiental e em saúde. **Educação Ambiental em Ação**. 2013; 42:1-4.

Torres-Pereira, C.C. et al. Estratégia para os Níveis Primário e Secundário de Atenção em Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012; 28:30-39.

Vidal, A.K.L. et al. Verificação do Conhecimento da População Pernambucana acerca do Câncer de Boca e dos Fatores de Risco - Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integ**. João Pessoa, 2012; 12(3):383-87.

Imagens





PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Fique Sabendo Jovem: Experiência Exitosa de Formação nas Redes de Atenção à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS no município de Fortaleza, Ceará

Diego Da Silva Medeiros

Fernando Virgílio Albuquerque De Oliveira

Malena Gadelha Cavalcante

Vicente Conrado Da Silva

Os sistemas de redes são considerados formas inovadoras de organização social, do Estado ou da sociedade por parte de serviços, incluindo os de saúde. A partir disso, as redes são propostas para gerir projetos e políticas em que haja recursos pouco abundantes e questões complexas envolvendo diversos segmentos da sociedade em níveis tanto públicos quanto privados que interagem para o mesmo fim. No que se refere às Redes de Atenção à Saúde (RAS), tem-se as diferentes formas de interação. A partir disso, os serviços de saúde são abordados em uma gestão onde a população receba amparo contínuo de forma tanto preventiva quanto curativa, tendo em mente suas necessidades variando de acordo com o período considerado e os diferentes níveis de atenção (MENDES, 2011).

O modelo de atenção em redes integradas vem de encontro à tendência de fragmentação da assistência, resultado da independência dos serviços de saúde. Essa fragmentação revela-se negativa, uma vez que não possibilita o diálogo intersetorial, dificultando divisão de atribuições e demandando uma alta gama de cuidados em, por exemplo, tratar de forma ambulatorial o que poderia ter sido prevenido, ou mesmo tratado, de forma comunitária e com custos mais baixos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No Brasil, a organização da oferta de saúde em redes integradas surgiu da percepção frente à ineficácia do sistema vigente asseado em um modelo fragmentador, biomédico e medicocêntrico. Esse modelo, focado no cuidado das condições agudas, precisava adequar-se ao novo perfil epidemiológico da população, que passava por uma constante transformação dado o crescimento das condições crônicas. De uma forma geral, o que passou a ser almejado a partir disso foi uma maior consonância do sistema de saúde com as necessidades da população, evidenciadas por suas dinâmicas características sociais e epidemiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; 2010)

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, determinou em seu Artigo 9º as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde. São Portas de Entrada os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. Sendo o Projeto Fique Sabendo Jovem, um serviço especial que visa proporcionar às pessoas diagnosticadas com doenças sexualmente transmissíveis (DST) o acesso ao tratamento, configurando-se como Porta de Entrada do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O projeto piloto “Fique Sabendo Jovem” está sendo implementado na cidade de Fortaleza pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais em parceria com o Unicef e duas Organizações da Sociedade Civil (OSC), a saber, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV (RNP) e Grupo de Apoio à Prevenção à AIDs (GAPA). Participam, ainda, outros parceiros estratégicos que compõem o Comitê Gestor no município de Fortaleza, Ceará, com a finalidade de oportunizar que adolescentes e jovens possam ter acesso aos serviços de saúde e possíveis diagnósticos precoces de DST. Os sujeitos desta faixa etária são apontados como de maior vulnerabilidade e com aumento significativo de índices de infecções por DST, além de apresentarem fatores sociais que os inibem de procurar serviços de saúde com a finalidade de buscar esses diagnósticos. As ações são realizadas por equipe multiprofissional de saúde e jovens membros das OSC, com o auxílio de uma unidade móvel doada pelo UNICEF a cidades de Fortaleza, que oferece para o público alvo atendimento multiprofissional. A unidade móvel possui dois

consultórios e uma sala de coleta utilizados para os aconselhamentos pré e pós-testes e a punção digital. São ofertados ao público-alvo testes rápidos para o diagnóstico de HIV, sífilis, hepatite B e C e, em casos de resultado positivo de HIV, é realizado um segundo teste confirmatório (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

O diagnóstico do HIV vem sendo ampliado pelo desenvolvimento e disponibilidade de testes, como os Testes Rápidos (TR). Os TR são denominados dessa forma por serem imunoenaios de pouca complexidade que podem ter sua realização feita em períodos de até 30 minutos. Assim, o diagnóstico do HIV pode ser feito em ambientes de contexto ambulatorial ou não. Os interessados em realizar os TR possuem a garantia de sigilo do diagnóstico, em observância ao Artigo 154 do Código penal Brasileiro, além de preceitos éticos das profissões da área da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL, 1940)

Apesar dos fatores que interferem no comportamento sexual dos indivíduos, a literatura aponta que a sexualidade humana é pouco abordada nos cursos de graduação da área da saúde, contribuindo muitas vezes pelo despreparo dos profissionais quanto a esses temas. Dessa forma, fala-se em uma reformulação do currículo médico para implementar essas questões já nos primeiros anos da graduação com a finalidade de promover uma educação sexual para esses acadêmicos. Seria ministrada, também, sexologia médica no internato de forma interdisciplinar (ALENCAR; CIOSAK, 2010).

Nas concepções de modelos pedagógicos como do construtivismo, o ato de ensinar envolve promover a exposição do aluno a objetos de aprendizagem em ambientes determinados, sendo os fatores externos apontados como importantes para impactar a aprendizagem e o desenvolvimento do sujeito. Es-

tando a vivência *in loco* como um recurso possível para a estratégia de ensino nesse contexto (ROEGIERS, 2004).

A partir desse contexto, temos o desenvolvimento de ações dentro das graduações de cursos da área da saúde que auxiliam nesse modelo de aprendizado. Sob essa ótica, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802 de 26 de agosto de 2008. Sua finalidade é fomentar equipes de aprendizado tutorial na Estratégia Saúde da Família, sendo um recurso para tornar viável programas relacionados com aperfeiçoamento de serviços dos profissionais da saúde, além de estimular e promover a vivência de acadêmicos da área dentro do contexto e complementando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi relatar a experiência de oferta de testes anti-HIV, sífilis e hepatites B e C em espaços de sociabilidade de adolescentes e jovens, vivenciada por bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-Pet Saúde), bem como as perspectivas a partir de suas vicissitudes durante as ações.

Percursos metodológicos

Trata-se de estudo de campo de cunho analítico, sob abordagem qualitativa, oriundo de ação de Promoção de Saúde vivenciada no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-Pet-Saúde), realizada por acadêmicos e profissionais vinculados ao programa. Essa abordagem trata-se do projeto Fique Sabendo Jovem, ação conjunta entre a Prefeitura do município de Fortaleza e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em conjunto com a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV (RNP+ CE) e Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA).

O objetivo do Projeto Fique Sabendo Jovem é a oferta da sorologia por meio do TR para HIV/AIDS, sífilis e hepatites B e C ao público jovem de 14 a 25 anos, mais especificamente em jovens mais vulneráveis às DST, como, por exemplo, jovens homens gays, usuários de drogas (UD), explorados sexualmente e privados de liberdade vivenciando medidas socioeducativas. Pretende, também, alcançar jovens nas escolas públicas municipais e estaduais com oficinas sobre prevenção e ofertar a vacina contra hepatite B cumprindo o esquema previsto. A ação é realizada com apoio da unidade móvel composta por dois consultórios e uma sala de coleta. A equipe é composta de forma multiprofissional oriunda dos serviços de assistência especializada (SAE), da Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), integrantes do Unicef e membros do Comitê Gestor do Projeto.

As experiências relatadas ocorreram no município de Fortaleza nos dias 08/06, 02/08 e 28/08 de 2014, respectivamente, em uma barraca da praia, em uma praça do centro da cidade e em um Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA).

A análise e interpretação dos discursos apresentados durante o relato de experiência foram discutidas a partir da matriz teórica Cultura, Saúde e Doença (HELMAN, 2009) para contextualizar o objeto do estudo. A escolha desse referencial teórico deveu-se a sua abordagem sob aspectos transculturais da saúde e da doença, além de particularidades dos fatores socioeconômicos, aspectos de gênero e sexualidade e ameaça de doenças infecciosas como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

A coleta de dados envolveu não só a observação da realidade por parte dos bolsistas, mas o próprio trabalho destes que

participaram ativamente das ações, fornecendo as informações de promoção de saúde aos usuários que buscaram a ação. Para a análise dos resultados foram utilizadas fontes múltiplas de dados, diferentes investigadores e métodos variados (observação assistemática, análise da receptividade do público, reflexões a partir da literatura revisada) a fim de ampliar a fidedignidade dos achados.

Resultados e discussão

As imagens desenhadas e os discursos que ecoam sobre a AIDS pela sociedade são importantes fatores influenciadores no combate à doença. Esses fatores acabam por estigmatizar determinados grupos sociais como homossexuais e dependentes químicos que carregam valores de indivíduos que não vivem na “retidão” e por isso estariam diretamente associados à doença. Dessa forma, parte da população que não se identifica com esses grupos acreditam que por estar vivendo por “caminhos virtuosos” não estão sujeitas a contrair a doença. Assim, as atitudes morais e ideológicas de uma sociedade podem gerar preconceitos e medos associados à doença que dificultam avaliar racionalmente seus riscos e manejo, controlá-la e preveni-la (HELLMAN, 2009).

As ações desenvolvidas no presente estudo foram realizadas em locais de circulação de pessoas jovens, encaixadas no público-alvo da campanha. Para a realização dos procedimentos foram feitas divulgações prévias das atividades por meio de redes sociais virtuais e também no dia do evento por mobilizadores jovens das Organizações da Sociedade Civil, sensibilizando outros jovens à realização do teste.

Em contexto semelhante, estudo abordando os conhecimentos acerca de DST/AIDS de adolescentes de instituições de ensino fundamental e médio aponta que se faz necessário

a educação em saúde considerando as subjetividades dos indivíduos no período da adolescência e buscando promover uma discussão mais livre, abordando a sexualidade como um fator natural e positivo da vida humana (BRÊTAS et al., 2009).

As ações foram divididas em momentos que consistiam em 1) sensibilização do público presente no local com abordagem direta, a fim de convidá-los a participar das testagens rápidas; 2) acolhimento, explicando-se o fluxo do atendimento e como se davam os exames; 3) pré-aconselhamento, coletando-se os dados de anamnese dos usuários por meio de instrumento padronizado desenvolvido pela Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais, além de dirimir dúvidas acerca dos exames realizados, formas de prevenção de DST/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos, observação da janela imunológica e a quais fatores de vulnerabilidade o usuário é exposto; 4) coleta do material biológico por punção digital; 5) aconselhamento pós exame, momento em que eram entregues os resultados, realizada a avaliação da janela imunológica junto ao usuário, sugerindo a repetição do teste nos serviços e dadas orientações acerca dos serviços de atendimento, formas de prevenir a infecção e encaminhamento aos serviços especializados em casos de resultado reagente. Cabe ressaltar que o projeto monitora se realmente houve acesso por parte do sujeito ao serviço além de buscar mantê-lo em adesão com o intuito de evitar o abandono do tratamento. Os alunos no Pró-Pet-Saúde participaram ativamente das etapas de sensibilização, acolhimento e pré-aconselhamento.

Dentro da justificativa da realização das testagens rápidas, temos o fato de que o diagnóstico precoce é de grande importância para gerar a consciência no usuário e oportunizar a redução da transmissão, já que ao tomar conhecimento pode-se buscar acompanhamento interdisciplinar em que será ofertado

o tratamento antirretroviral, proporcionando maior sobrevida, e trazendo qualidade de vida, reduzindo a carga viral, aumentando a taxa de linfócitos T CD4, reduzindo as doenças oportunistas, hospitalizações e, conseqüentemente, a morte. Esse tratamento é realizado com a finalidade de supressão completa da replicação viral para evitar a evolução progressiva da doença (ALENCAR; CIOSAK, 2010).

Com a preocupação de controle da AIDS através da prevenção, os investimentos em atividades com essa finalidade vem aumentando para implementá-las cada vez mais na atenção básica. Através de observação da implementação dessas atividades, a literatura aponta que o seu perfil tecnológico pode apresentar limitações na concentração do princípio da integralidade. Isso ocorre por conta de um tensionamento entre o perfil tecnológico presente atualmente na atenção básica e o proposto pelo programa (FERRAZ; NEMES, 2009).

Durante a etapa de sensibilização do presente estudo, foi possível perceber o interesse nos discursos por parte da população através de uma ação que visava trazer, de alguma forma, o cuidado à sua saúde. Ainda que não soubessem a fundo como se daria a ação, ao tomarem conhecimento sobre quem a organizava (Secretaria Municipal de Saúde e Unicef), muitos usuários já se sentiam impulsionados a participar. Percebeu-se que a abordagem realizada pelos jovens das Organizações da Sociedade Civil no público juvenil, frequentadores dos locais das ações, adquiriu especial atratividade, sensibilização e mobilização dos mesmos na campanha.

Na etapa de acolhimento, chamou especial atenção por parte dos acadêmicos envolvidos a curiosidade do público a respeito da atividade realizada. Muitos usuários relataram terem sido atraídos pelas cores da unidade móvel, outros pelos cartazes da campanha, diversos pela divulgação prévia, e a

maioria dos usuários declarou terem sido atraídos pelo processo de sensibilização por parte dos jovens. Muitos dos que chegaram para buscar as testagens apresentaram-se apreensivos por inúmeros motivos, seja pelos resultados dos exames e a possibilidade da descoberta de uma infecção, ou pela punção digital e medo de sentir dor. Um dos usuários chegou a questionar: “É muito sangue que tira?” Outra participante apresentava notório desconforto e apreensão, e ao ser indagada sobre o motivo, respondeu: “E se eu estiver doente? Deus me livre! Mas se eu estiver com AIDS eu acho que não morro nem da doença, morro da notícia.”

Nesse tipo de discursos, fica evidente a presença do “pânico moral” muitas vezes transmitido pelos discursos que a mídia influencia no estabelecimento das “doenças populares” que envolvem doenças médicas graves. Dessa forma, as doenças e determinados subgrupos são estigmatizados. Com isso, os sujeitos infectados são inseridos em um contexto de grande sofrimento psicológico que podem levá-los a “morte social” com o isolamento oriundo da ausência de apoio social (HELLMAN, 2009).

Podemos traçar um comparativo das ações desenvolvidas pelo Pró-Pet-Saúde com estudo abordando as impressões sobre o teste rápido entre usuários de drogas injetáveis brasileiros, que abordou questões de como esse público prefere que seja feita ações com testagem. Diversos sujeitos desse público apontaram como vantajoso a realização do teste rápido em unidades de saúde por questões de privacidade, pois não necessariamente estariam buscando a testagem ao adentrarem. Em contrapartida, eles alegaram receio de buscar as unidades móveis pelo fato de vizinhos e conhecidos poderem vê-los e tomarem conhecimento de que eles estão buscando o teste. No entanto, os usuários que buscaram as ações do Pró-Pet-Saúde

não apontaram aflições relacionadas a esse tipo de constrangimento (TELLES-DIAS et al., 2007).

Na etapa de pré-aconselhamento, durante a coleta da anamnese, chamaram a atenção alguns pontos. Algumas pessoas recusaram-se a fornecer o número de telefone para contato posterior (contato que ocorre nos casos em que o usuário não aguarda o resultado, somente com sua anuência). Outros usuários acabaram por não saber informar sua orientação sexual por não conhecerem os termos formais (heterossexual, homossexual, bissexual), utilizando termos informais e genéricos como “gosto de mulher mesmo” ou “sou homem”.

Quando se aborda as práticas e comportamentos sexuais, temos em voga uma área íntima dos relacionamentos humanos historicamente complexa de se estudar. No entanto, a literatura aponta determinados valores culturais masculinos urbanos que envolvem questões como importância da família, masculinidade (machismo), papéis de gênero, vergonha relacionada à homossexualidade. A partir desses valores, temos uma aceitação social por parte da população que considera múltiplos contatos sexuais sem compromisso indicando masculinidade e iniciando na adolescência. Contatos esses heterossexuais, homossexuais e extraconjugais (HELLMAN, 2009).

A sociedade em que temos os sujeitos de nossa população envolvida tem presente a heterossexualidade normativa. Nesse contexto sociocultural, os sujeitos que apresentam orientação sexual e identidade de gênero diferentes daqueles considerados “normais” e de padrão socialmente aceito acabam sofrendo exclusão social e uma predisposição ao envolvimento em situações de agravo. Abordando esse assunto, temos ainda a heterossexualidade normativa institucional que deve ser combatida nas redes de atenção, onde os profissionais atendem os usuários considerando todos heterossexuais e gerando precon-

ceitos contra a população LGBT (ALBUQUERQUE et al., 2013; CARDOSO; FERRO, 2012)

A grande maioria dos que realizaram os exames, em especial os que se enquadravam na faixa etária alvo, nunca tinha se submetido a um teste para detecção do HIV. Da mesma forma, muitos não eram imunizados contra hepatite B, seja por não terem tomado nenhuma dose, seja por não terem completado o esquema. Quanto ao número de parceiros sexuais no último ano, chamou atenção a fala de uma usuária travesti e profissional do sexo, que declarou “Perdi as contas. Mas pode escrever aí mais de 500”.

As profissionais do sexo possuem carreiras diferentes dependendo de contextos sociais e culturais. A prostituição “profissional” ou em tempo integral é um modelo mais tolerado socialmente em zonas de meretrício dentro de culturas ocidentais. Existe, ainda, a prostituição “episódica” que está muito atrelada a contextos de pobreza, onde a mulher passa a vender o sexo e pode durar por meses ou anos. Cada um dos tipos de atividade sexual oferece riscos diferentes e configuram formas de intervenção distinta. Mesmo quando a prostituta quer se prevenir com uso de preservativo, os seus clientes podem recusar-se por serem quem tem em mãos o controle econômico. Além da feminina, o sexo comercial masculino e bissexual está presente em diversas sociedades, incluindo travestis “masculinos” (michês) e “femininos” (travestis). Em todo caso, deve-se levar em conta ao abordar a redução da transmissão do HIV no meio da prostituição os aspectos socioculturais e econômicos em que esses comportamentos ocorrem (HELLMAN, 2009).

Ao serem indagados acerca do uso de preservativo nas relações sexuais com parceiros fixos e ocasionais, as repostas foram heterogêneas. Um dos sujeitos relatou: “Com as outras eu não uso, não. Mas com a minha mulher eu uso. Tenho medo

de passar doença pra ela. Ela não merece isso.” Uma das participantes, respondendo sobre parceiros ocasionais, afirmou, ignorando os riscos infecção por DST: “Uso não. Eu tomo remédio (anticoncepcional)”.

Mesmo com décadas de difusão e aconselhamento ao uso de preservativos para o “sexo seguro”, ainda existe a relutância de muitos indivíduos em fazer esse uso. O preservativo, muitas vezes, tem um poder simbólico ou um significado sociocultural que pode afetar esse uso. Dessa forma, muitos homens apresentam a crença da diminuição da sensação sexual, além da identidade central masculina e seus conceitos ligados à autoestima que os levam a apresentar muitos riscos, incluindo a não utilização do preservativo. Já as mulheres, muitas vezes, relutam em exigir o uso de preservativos com o seus parceiros com o medo de parecer muito experiente e “avançada”, além do medo de ameaçar a manutenção de seu relacionamento por achar que pode aparentar não confiar no parceiro (HELLMAN, 2009).

Quanto ao uso de drogas, a maior parte dos usuários negou já ter feito uso de drogas injetáveis, ganhando destaque apenas a fala de uma mulher: “Só usei uma vez e passei muito mal”. Quando questionada sobre qual droga foi utilizada, respondeu: “Peguei um [comprimido de] Rivotril (clonazepam), coloquei numa colher e derreti no fogo do fogão. Quando estava derretido, coloquei em uma seringa e apliquei na veia do braço. Apaguei na hora.”. Afirma, no entanto, ter feito uso de seringa e agulha descartáveis e esterilizadas.

Ainda sobre drogas, parcela considerável dos usuários relatou já ter feito uso de drogas não injetáveis. Comentários como “Só um baseado de vez em quando.” e “Já cheirei pó.” não foram raros. O uso de drogas lícitas como cigarro e álcool foi expresso por grande parcela dos sujeitos.

Esses questionamentos acerca do uso de drogas têm sua importância embasada no fato de que os sujeitos usuários de drogas injetáveis apresentam contextos de vulnerabilidade que lhe empregam valores de estigmatização. Esses indivíduos apresentam realidades de constantes perdas de laços relacionais, alta prevalência de infecção por HIV, negação pela sociedade, repressão policial. No entanto, o tratamento vigente não está preparado para equacionar os problemas dessas realidades. Assim, tem-se trabalhado por uma mudança de paradigmas referentes ao tratamento desses sujeitos, em que eles passam de objetos de tratamento para atores da intervenção, podendo discernir sobre seus hábitos sem que isso venha alterar seu direito a ser assistido. Nesse contexto, temos o incentivo a novas políticas de abordagem a esses usuários (FERNANDES, 2009).

Alguns usuários mostraram desconforto com algumas perguntas da ficha padronizada. Os questionamentos que mais causaram desconforto foram: “Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses?” e “Quando foi sua última relação sexual sem preservativo?”.

Outras perguntas causaram ainda estranhamento, levantaram dúvidas sobre sua necessidade e foram, ainda, motivo de risadas para alguns. As principais foram: “Você já sofreu abuso sexual?”; “Você já fez sexo por dinheiro?” e “Você já fez sexo com presidiário ou ex-presidiário?”.

O estranhamento ou desconforto apresentado pelos discursos desses usuários pode ser oriundo de questões referentes a não identificação e falta de empatia no que se refere aos contextos de vulnerabilidades. Sob as perspectivas do conceito de vulnerabilidade, temos que esta apresenta um caráter que vai além do indivíduo, levando-se em conta aspectos da coletividade que podem levar uma maior propensão a doenças ou agravos. Ainda nesse contexto, aborda-se as questões referen-

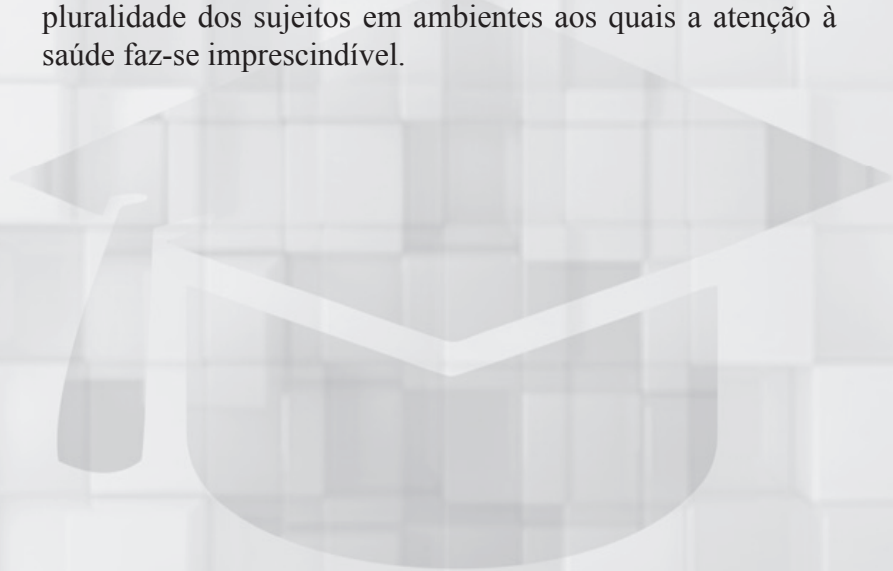
tes aos recursos que objetivam a proteção dos sujeitos e sua carência ou não (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

No que se refere ao que tange o conceito de vulnerabilidade, tem-se sua associação com características de cunho biológico, psicológico, condições sociais e ambientais, ciclo de vida, funcionalidade familiar, exclusão social e suscetibilidade a danos à saúde. Quando traçamos um paralelo desse conceito com as questões da transmissão de HIV/AIDS, temos que essa relação gira em torno das condições socioeconômicas e demográficas, apesar da transmissão do vírus ter avançado tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No entanto, as comunidades com maior desenvolvimento conseguiram ser mais exitosas na sua contenção do que aquelas mais pobres e com menor nível de educação, reafirmando-se a relação entre transmissão de HIV/AIDS e vulnerabilidades sociais (FERNÁNDEZ; CARDONA, 2014).

Conclusão

Os discursos relatados trazem à tona a realidade de uma população que, embora busque por assistência, anseia por educação em saúde. Essa educação, no entanto, precisa ser acessível ao público a que se destina. Estratégias criativas, horizontalizadas e transformadoras são as que, provavelmente, alcançam os melhores resultados por fazer com que os sujeitos envolvidos sintam-se responsáveis pela sua situação em saúde. A saúde sexual dos indivíduos e das coletividades apresenta-se como área necessitada de atenção especial já que tem seu acesso dificultado por carregar arraigadas crenças e tabus históricos. O momento da escuta revela-se, ao mesmo tempo, saudável estratégia e complexo desafio, uma vez que a academia pouco prepara o profissional de saúde para esta prática. O resultado é uma saúde tecnicista, capaz de solucionar as mais

abstrusas doenças, no entanto, insuficiente em prevenir as mais simples afecções. O contato precoce de acadêmicos com a realidade do sistema de saúde configura-se em oportunidade ímpar quando promove a inquietação à crítica reflexão de seus possíveis cenários de atuação e as formas de promover saúde em todos e cada um deles. Os currículos das escolas de saúde dever coadunar-se com esta necessidade, de modo a oportunizar a seus alunos as vivências necessárias para perceber a pluralidade dos sujeitos em ambientes aos quais a atenção à saúde faz-se imprescindível.



Referências

ALBUQUERQUE, G.A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. 2013;37(98) 516-524.

ALENCAR, R.A; CIOSAK, S.I. **O diagnóstico precoce do HIV no idoso: uma breve revisão da literatura**. Online braz. j. nurs.2010;9(2).

BRÊTAS, J.R.S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2009; 43(3):551-7.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. **Diário Oficial da União**, 1940.

CARDOSO, M.R; FERRO, L.F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: ciência e profissão**. 2012; 32(3):552-563.

FERNANDES, L. O que a droga faz à norma. **Toxicodependências**. 2009; 15(1):3-18.

FERNÁNDEZ, D.Y.B; CARDONA, A.S. Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. **Investig. Andina**. 2014;16(28).

FERRAZ, D.A.S; NEMES, M.I.B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**.2009; 25(2):S240-S250.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Relatório Anual 2013**. Uni, 2014;10(28).

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 5a ed. Porto Alegre: Armed; 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: CGAN; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, DE 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília; 2013.

ROEGIERS, X. **Uma pedagogia da integração: competências e aquisições no ensino**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

SÁNCHEZ, A.I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007; 12 (2).

TELLES-DIAS, P.R. et al. Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(Supl. 2):94-100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: World Health Organization; 2000.

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Aleitamento Materno na Visita Puerperal Imediata na Maternidade como Experiência Exitosa

**Eduardo Araujo Pinto
Thamyres Queiroz Lima
Jussara Kelly Correia Santos
Karla Regina Lira
Williane Santos Silva
Verônica Santos Nunes**

A prática do aleitamento materno está relacionada a fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo (Batista; Farias; Melo, 2013). Muitas vezes, esse processo é uma prática impregnada por valores, costumes e culturas dos familiares, tais como: leite fraco e insuficiente, uso de água e chá; por outro lado os profissionais de saúde que prescrevem o leite artificial ou referem ser o leite materno o melhor alimento e que “ela tem de amamentar”, sem levar em consideração sua experiência ou vivência.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1016, alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido saudável, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (MOREIRA, 1993). Essa Portaria traz orientações quanto às vantagens do aleitamento materno: estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural; a amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto; favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado; fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho.

O puerpério é um período variável que pode corresponder ao intervalo de tempo desde o pós-parto imediato até as primeiras semanas após o parto. Dependendo deste intervalo de tempo o puerpério poderá ser classificado em puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (10º ao 45º dia) e puer-

pério remoto (após o 45º dia), sendo fundamental para a saúde materna e neonatal (BRITTO, 2013). No contexto puerperal o principal enfoque assistencial é a educação e a orientação à saúde com o intuito de transmitir segurança e tranquilidade às mulheres que assumem seu papel de mãe. Contudo, requerem do profissional grande habilidade de comunicação, disponibilidade, monitoramento, avaliação e acolhimento (SANTOS; SILVA; SILVA, 2013).

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva ingressa o Programa de Educação Tutorial (PET) Rede Cegonha, considerando que o PET consiste num programa que espera fomentar a formação de profissionais de nível superior, nas diversas áreas do conhecimento, dotados de elevados padrões científicos, técnicos, éticos e com responsabilidade social, que sejam capazes de uma atuação no sentido da transformação da realidade nacional (BRASIL, 2006).

Desse modo, este relato tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por integrantes do PET Rede Cegonha relacionada ao incentivo e promoção do aleitamento materno, na busca pela melhoria do acesso e qualidade da assistência no pós-parto imediato, garantindo a efetivação da amamentação.

Método

O presente trabalho trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante as atividades do PET (Programa de Educação Tutorial) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no período de Novembro de 2013 à Janeiro de 2014, das 14h às 17h, em uma Maternidade de Risco Habitual, localizada no município de Arapiraca/AL.

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. No entanto, não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (MORESI, 2003).

As atividades educativas foram proporcionadas graças à parceria do PET Saúde Rede Cegonha com a Maternidade local do estudo, desenvolvidas por um grupo composto por duas acadêmicas de enfermagem e duas de serviço social da UFAL, supervisionadas por dois preceptores, um enfermeiro e uma assistente social do município de Arapiraca, dirigida às puérperas que se encontravam internadas na maternidade, usuários do Sistema Único de Saúde. Realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal em cada Alojamento Conjunto, explicando questões como vantagens do aleitamento materno, boa pega, prevenção dos problemas mais comuns na amamentação (ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite), cuidados e direitos do bebê, auxiliando, quando necessário, na execução da prática do aleitamento materno. Cada visita ao Alojamento Conjunto foi registrada em um diário de campo por cada acadêmica, desenvolvido pela coordenação do programa para acompanhar as atividades realizadas pelo grupo.

Resultados e Discussão

Dentro da proposta da Rede Cegonha, foi desenvolvido em parceria com o município de Arapiraca, o PET Saúde e

uma maternidade de risco habitual ações para incentivar o cuidado no puerpério ainda dentro da Maternidade com o binômio mãe-filho acerca do processo de Amamentação. Entende-se que devido às dificuldades na equipe dentro das maternidades, por vezes não é possível o acompanhamento do processo de amamentação em especial com as mães que apresentam alguma dificuldade nas primeiras horas ou dias.

A proposta de intervenção do PET foi garantir uma primeira visita a puérpera ainda em alojamento conjunto, visto que esse momento é um dos mais críticos para a efetivação do aleitamento. Essa fase puerperal é um momento crítico e de transição na vida das mulheres, marcada por modificações intensas e que estão presentes nas dimensões biológicas, psicológicas, comportamentais e socioculturais. Todos esses aspectos, individualmente ou sobrepostos, resultam em diferentes situações de vulnerabilidade para essas mulheres que vivenciam esse período (Cabral; Oliveira, 2010; Pereira; Gradim, 2014).

Os estudantes e preceptores dos cursos de Enfermagem e Serviço Social promoveram dentro da visita esclarecimentos acerca dos direitos dos pais e das crianças, orientando sobre certidão de nascimento, acompanhamento das crianças na atenção Básica e principalmente na efetivação da amamentação ainda na Maternidade. Foi possível trabalhar com mães e suas crianças ensinando o manejo da amamentação e orientando como lidar com as dificuldades, o seguimento após a alta hospitalar no acompanhamento do puerpério, puericultura e sobre doação do leite materno. A experiência obteve muito êxito, no qual destacamos as mães que estavam com amamentação ineficaz e, após a visita, uso de técnicas manuais e de orientação, foi possível efetivar a amamentação com seus bebês.

Esse momento permitiu estabelecer vínculo entre a equipe do PET e profissionais numa relação positiva com as mães e

seus bebês. Esse primeiro momento do aleitamento e o acompanhamento desse processo no puerpério imediato visam entre outras ações minimizar as causas mais importantes para o desmame precoce entre nutrizes, citadas na literatura como dores ao amamentar e problemas na mama. A postura, quando inadequada, torna-se incômoda, gera tensão muscular e interfere na lactação. Contudo, as causas de dor e desconforto nas mãos podem e devem ser prevenidas (*Benedett et al., 2014*).

Desse modo, a importância das orientações no puerpério imediato e da estimulação mais precoce possível do aleitamento materno consiste numa ação para ajudar as mães a praticarem a técnica de forma correta e indolor. Essa atividade de incentivo a amamentação foi prioritária nas visitas dentro da maternidade, consistindo numa atuação integradora e multiprofissional de promoção da saúde do binômio mãe-filho e empoderamento da mulher nesse processo único e especial.

Conclusão

As atividades realizadas na Maternidade pelos profissionais, estudantes e preceptores contribuíram com a melhoria da qualidade da assistência ao puerpério incentivando a amamentação e auxiliando no processo, uma vez que é imprescindível a formação de disseminadores dessas informações dentro da comunidade e na própria família, para que conheçam e se inteirem dos reais benefícios que a amamentação pode trazer, além de favorecer o estabelecimento do vínculo mãe e bebê e a prática adequada do aleitamento humano. Por outro lado, a realização da atividade possibilitou colaborar com os(as) profissionais na Maternidade, ao mesmo tempo em que fortaleceu o trabalho exercido pelos profissionais da atenção Básica, ressaltando com isso a importância do elo entre a Unidade Básica de Saúde e a Maternidade quanto ao incentivo do aleitamento materno exclusivo.

Referências

Batista, K.R.A.; Farias, M.C.A.D.; Melo, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em debate**. 2013 jan./mar; 37 (96): 130-138.

Benedett, A. et al. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enferm** 2014 Jan/Mar; 19(1):136-140.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2011.

Brasil. Programa de Educação Tutorial-PET. **Manual de orientações básicas**. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Departamento de Modernização e Programas de Educação Superior/Coordenação Geral de Relações Acadêmicas de Graduação. Brasília, 2006.

Britto, L.F. Orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência pré-natal e puerperal: Uma revisão de literatura. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 2013 jan./mar; 6 (1): 66-80.

Cabral, F.B.; Oliveira, D.L.L.C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: Ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev. Esc Enferm USP** 2010; 44(2):368-75.

Moreira, S. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde/Grupo de Defesa da Saúde da Criança, 1993.

Moresi, E. **Metodologia da pesquisa**. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília, 2003.

Pereira, M.C.; Gradim, C.V.C. Consulta puerperal: A visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saude** 2014Jan/Mar; 13(1): 35-42.

Santos, K.C.R.; Silva, M.L.; Silva, E.F. Cuidado de enfermagem na promoção do aleitamento materno em alojamento conjunto: Um relato de experiência. **REAS**. 2013; 2(1):99-105.



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Grupo de adolescentes sob a perspectiva PET-Saúde rede cegonha: relato de experiência

Ailma De Souza Barbosa

Flávia Regina Ribeiro Cavalcanti Buffone

José Fagny Fernandes Oliveira

Maiara Larena

O Programa de Reorientação da Formação e Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pró/PET-Saúde) tem por objetivo primordial facilitar a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, de modo que seja assegurada uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo assim mudanças no processo de ensino e aprendizagem e garantindo a prestação de serviços à população de forma humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Dentre os eixos de ação do Pro/PET-Saúde desenvolvidos na Universidade Federal da Paraíba, destaca-se o eixo Rede Cegonha, que constitui um projeto pioneiro, baseado na portaria número 1.459 do Ministério da Saúde publicada em 24 de junho de 2011, a qual institui uma nova forma de conduzir o cuidado com a mulher e com a criança de zero a 24 meses, sistematizando e institucionalizando um modelo de atenção que garanta a estas uma assistência humanizada e de qualidade.

Diante do exposto, o PET Rede Cegonha iniciou suas atividades em agosto de 2012, em uma maternidade e em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa, estado da Paraíba, dentre estas a USF Timbó I, localizada no bairro dos Bancários. Foram inseridos neste cenário quatro estudantes, dos cursos de enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, e medicina, orientados por duas preceptoras, profissionais de saúde desta unidade (enfermeira e odontóloga), com o intuito de interferir de forma relevante e positiva no processo de atenção às mulheres, recém-nascidos (RN) e lactentes, adequando-a as novas formas de cuidado.

Uma constatação realizada durante levantamento de dados da equipe foi a elevada incidência de gravidez em mulheres adolescentes naquela localidade, e os consequentes prejuízos biopsicossociais para estas e suas famílias, já que a gestação nesta faixa etária em geral não é planejada ou desejada

Sabe-se nos dias de hoje que a gravidez na adolescência não se trata de um fenômeno novo em nosso país, e sim, a tendência sociocultural assumida pelos jovens brasileiros. Antigamente, a melhor idade para a mulher engravidar e parir era na adolescência, por se acreditar que o corpo da mulher era mais resistente às enfermidades e, conseqüentemente, o parto não seria um problema. Contudo, na conjuntura atual, o termo “gravidez na adolescência” é tido como um ato precoce. Como explicar esse fenômeno?

Segundo Heilborn; Salem e Rohden (2002), no Brasil, a taxa de fecundidade na adolescência tornou-se foco de pesquisa e, sobretudo um problema de saúde pública em meados do século XX. Entre a década dos anos 90 para o ano 2000 houve um aumento no percentual de gravidez em mulheres com idade menor que 20 anos de 16,38% para 21,34%, ou seja, a gravidez na adolescência assume papel contrário ao índice demográfico no Brasil, no qual a taxa de fecundidade entre as populações adultas foi reduzida devido ao uso dos contraceptivos e ao planejamento familiar, enquanto a taxa de fecundidade nas mulheres com menos de 20 anos aumentou nesse mesmo período (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Nos últimos trinta anos, estudos realizados sinalizam para a crescente fecundidade nas adolescentes, tanto na faixa de 10 a 14 anos quanto na de 15 a 19 anos, quando comparadas com as mulheres de 20 e mais anos de idade. As regiões do Norte e Nordeste apresentam historicamente a fecundidade mais elevada que as demais (FIGUEIRÓ, 2011). Além disso, sabe-se que a idade menor ou igual a 15 anos constitui um fator isolado para gestação de alto risco, necessitando de intervenções que possam promover a saúde do adolescente nos diferentes níveis de ações.

Em João Pessoa no ano de 2012, segundo dados do programa Cidade Sustentável, o número de crianças nascidas vivas foi superior a 11 mil, e desta população mais de 2 mil crianças são filhas de mulheres com idade igual ou menor a 19 anos, fato este constatado durante levantamento de dados da equipe na referida comunidade.

Os programas de intervenção para o público adolescente mantêm atenção destinada à saúde reprodutiva, não há uma preocupação em construir ações intersetoriais e interfederativas que colaborem com estratégias de saúde integral destinada a explorar o caráter multifacetado da saúde humana (SENA FILHA; CASTANHA, 2014).

Neste contexto, contrariando os preceitos legais do Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais enfrentam grande desafio ao proporcionar a saúde do adolescente em suas práticas, permanecendo ainda com forte influência do modelo biomédico e vinculado aos aspectos orgânicos do adoecimento (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008). Observa-se que existe falta de qualificação e manejo dos profissionais para trabalhar com esse público alvo, mais especificamente com relação às temáticas de sexualidade e reprodução, ficando as ações limitadas à entrega de métodos contraceptivos.

Na perspectiva de contribuir com a mudança da prática profissional, de modo que contemplasse a saúde ampliada do adolescente e contribuísse para reduzir os indicadores observados no território com relação à gravidez na adolescência, estudantes e preceptores PET, bem como outros trabalhadores da USF, engajaram-se em criar atividades de grupo com adolescentes, uma vez que tais atividades têm o potencial de facilitar a sensibilização e a conscientização do indivíduo, incentivando-o a buscar o autodesenvolvimento na vida pessoal, profissional e grupal (SANTOS; WAGNER, 2014).

Revisão da literatura

As modificações biopsicossociais que surgem na vida do adolescente podem interferir no processo natural do seu desenvolvimento, fazendo com que ele sinta a necessidade de experimentar comportamentos que os tornem mais vulneráveis a riscos para a sua saúde, inclusive no aspecto da sexualidade (SOUZA et al., 2007). Tais mudanças acabam sendo manifestadas, dentre outras formas, na violência, no consumo de drogas lícitas e ilícitas, na prostituição, e na gravidez precoce e indesejada. Esse caminho se dá na contramão do que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no que concerne a garantia ao jovem de: educação, políticas sociais, alimentação, saúde e bases para o exercício da sua cidadania (BRASIL, 1990).

A sociedade e as esferas governamentais entendem que as mulheres jovens de hoje veem em sua juventude a oportunidade de estudarem, ao vislumbrarem as diversas oportunidades de trabalho, bem como, desvincular a sexualidade feminina da sua ação reprodutora. Mediante a este contexto, entende-se que a gravidez na adolescência surge como um desperdício de oportunidades, uma subordinação – precoce – a um papel do qual, durante tanto anos, as mulheres tentaram se desvencilhar (HEILBORN; SALEM; ROHDEN, 2002). No entanto, esta argumentação subestima o fato de que as oportunidades são desleais, envolvem classe social, e, sobretudo, o descuidado com a sexualidade no que tange as doenças sexuais transmissíveis e o início precoce das relações sexuais sem parceiro fixo.

A gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) têm sido consideradas um grande problema de saúde pública, gerando preocupação para profissionais da saúde, educadores e pais por causar graves prejuízos

biológicos e psicológicos, tanto para os pais quanto para o filho. As alterações corporais desta fase levam não só ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, mas ao interesse pelo sexo e início das primeiras relações sexuais, enquanto que se observa no campo emocional o desenvolvimento da autoestima, autocrítica e de questionamento de valores dos pais e dos adultos em geral (SOUZA et al., 2012).

Sabe-se que a gravidez na adolescência pode acarretar alto risco para a mãe e para a criança, sobretudo aquelas com idade inferior a 15 anos. Há evidências de que neste grupo etário há maior probabilidade de ocorrerem intercorrências médicas durante o período gestacional, principalmente se houver complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gestação precoce indica ainda que o adolescente está praticando uma sexualidade insegura, com risco de adquirir DSTs que podem ser catastróficas para sua saúde, a exemplo da AIDS. Além disso, ela gera problemas familiares, bem como educacionais e sociais, quando na maioria das ocasiões é motivo do abandono escolar, do seu grupo de amigos, e ainda o abandono do seu companheiro acarretando uma outra configuração familiar, a matriarcal.

Não pode se esquecer do recém-nascido. Sabe-se que o mesmo também possui risco quanto a sua gestação, parto e puerpério, ou seja, associa-se a saúde do recém-nascido a situações de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Diante do enorme comprometimento biopsicossocial descrito, sabe-se que a proteção imprescindível ao adolescente está relatada nas leis e portarias e vem sendo ampliada na perspectiva da promoção da saúde, da educação e do bem-estar, objetivando incluir a família, a sociedade e os serviços de saúde (GURGEL et al., 2010) no processo de compreensão do “adolescer”. Sob esta visão, as ações devem estar focadas no desenvolvimento das competências e habilidades da juventude no âmbito social e cultural, promovendo uma atuação construtiva de forma coletiva em busca de transformação.

Trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) com o desenvolvimento de competências e habilidades em saúde sexual e reprodutiva do adolescente, na perspectiva da Rede Cegonha, visando à prevenção da gravidez precoce, constitui um imenso desafio para os profissionais de saúde, pois atender a um público em pleno processo de transformação não é tarefa fácil e exige dos coordenadores da atividade o uso de metodologia crítica e reflexiva, bem como contextualizada ao cenário a fim de alcançar o objetivo do trabalho.

Nesse sentido, tem-se como forma de trabalhar a educação sexual e reprodutiva dos adolescentes na ESF a Dinâmica de Grupo, a qual amplia a possibilidade de relações tornando-a mais solidária à medida que as pessoas se reconhecem em suas semelhanças e diferenças, além de favorecer e ampliar a qualidade da aprendizagem e a aquisição de novos conhecimento (BARBATO; CORRÊA; SOUZA, 2010). Para os adolescentes, a dinâmica de grupo pode constituir um espaço para a formação de uma nova identidade, ainda que intermediária entre a família e a sociedade, em que ele possa experimentar e exercer novos papéis (SANTOS; WAGNER, 2014).

As dinâmicas de grupo podem ser entendidas de acordo com as crenças e as concepções de cada facilitador, mas pri-

mariamente constituem um conjunto de técnicas que desempenham papéis na discussão, na observação e na compreensão dos processos coletivos (BARRETO, 2010).

A equipe PET-Saúde Rede Cegonha na USF Timbó I, em posse deste conhecimento, é aberta à renovação das práticas e adepta à ferramenta de trabalho em grupos. Este artigo relata as atividades conduzidas com o objetivo de sensibilizar os adolescentes de 12 a 18 anos do território de abrangência da referida USF sobre a necessidade da saúde sexual e reprodutiva.

Relato de experiência e discussão

a. Planejamento das ações

A partir da articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e a Universidade Federal da Paraíba, com a oferta dos serviços da rede de atenção à saúde como cenário de aprendizagem e qualificação profissional, os integrantes do PET-Saúde Rede Cegonha inseridos na Unidade estudantes e preceptores, visando amenizar os índices de gravidez na adolescência neste território, elaboraram o grupo de adolescentes intitulado *#ChegaJunto*.

O grupo teve como principal característica a mudança no novo modelo assistencial à saúde, e que exige dos profissionais da equipe multidisciplinar uma atenção sistematizada e um manejo específico para trabalhar com jovens com idades entre 12 e 18 anos. Os estudantes e preceptores elaboraram atividades que se adequassem às demandas dos participantes, e que pudessem desenvolver ao máximo suas habilidades e competências, tais como as competências conceitual, procedimental, atitudinal, afetiva, e a competência comunicativa, com a finalidade de potencializar o processo ensino-aprendizagem dentro e fora dos muros da instituição de ensino superior e da própria Unidade de Saúde.

O planejamento e idealização das ações do grupo de adolescentes foram realizados a partir de um referencial teórico sobre dinâmicas de grupo. Foram estabelecidos então critérios para a duração e frequência dos encontros, metodologia das atividades, temas e materiais a serem utilizados. A equipe participou ainda de uma qualificação promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (Programa Saúde e Prevenção nas Escolas), que abordou a educação sexual, reprodutiva e prevenção às DST e AIDS.

Em posse desse conhecimento, a equipe do PET Rede Cegonha dirigiu-se a uma escola de ensino fundamental da região e apresentou a proposta à sua direção, com o objetivo de articular com os gestores uma parceria para o trabalho de Educação em Saúde, com foco na prevenção da gravidez na adolescência e das DST/AIDS. Esperava-se inserir tal ação nas atividades já desenvolvidas pela escola em seu projeto político pedagógico.

Sabe-se que a educação sexual é um dos temas transversais previstos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), contudo observou-se que tal instituição não trabalhava o tema, e se portou de modo a transferir tal responsabilidade para o grupo PET, o que se afastou da proposta inicial. O grupo então identificou uma alternativa para o impasse, que foi inovar trazendo os adolescentes para dentro da unidade de saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) da USF contribuíram para o trabalho ao realizar a busca ativa dos adolescentes da faixa etária a ser trabalhada, entregando em suas residências um convite previamente formatado e impresso, no qual constavam data e horário das atividades, previamente organizadas em um cronograma discutido com a equipe.

b. Estrutura e funcionamento das atividades

Ao planejarem as ações, a equipe buscou deixá-las o mais flexível possível, para se adequarem às necessidades de mudanças identificadas pela demanda do grupo ainda desconhecido. Entretanto, todos os encontros tiveram como estrutura básica um momento inicial de entrosamento dos participantes, sensibilização sobre a temática, apresentação da proposta de trabalho na perspectiva de metodologias ativas e por fim, um lanche como meio de confraternização e incentivo para maior envolvimento dos adolescentes.

O grupo de adolescentes reuniu-se duas vezes por mês durante três meses consecutivos (entre o mês de julho/2013 e setembro/2013), contando com presença de quatro estudantes do PET Rede Cegonha, duas preceptoras, da apoiadora do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) da unidade, que é psicóloga, e de um número de adolescentes que variou entre oito e quatorze por encontro.

As reuniões foram realizadas no espaço físico da USF bem como em pontos turísticos da capital. Os adolescentes ao chegaram à unidade de saúde foram recebidos em um local especialmente decorado para a atividade. Este contava com almofadas e acolchoados no chão, oferecendo um ambiente confortável. Além disso, afixou-se nas paredes tecidos coloridos, cartazes com o nome do grupo, focando na estratégia de uma ambientação jovem e receptiva.

A finalidade do grupo foi exposta aos adolescentes de forma clara e simples já no encontro inaugural, fornecidas informações de como este funcionaria (datas previstas, dinâmicas, o sigilo, respeito, entre outros). Neste encontro realizou-se uma sondagem sobre as expectativas e possibilidades de temas a serem discutidos. Deste modo, as temáticas foram selecionadas

por estudantes, preceptores e usuários e abordando assuntos relevantes ao grupo, que englobaram:

- Afetividade;
- Sexualidade e gênero;
- Órgãos sexuais;
- Namoro, virgindade e vida sexual;
- Gravidez na adolescência e suas repercussões;
- Métodos contraceptivos e abortamento;
- Prejuízo implicado no uso de drogas lícitas e ilícitas.
- Violência sexual e homofobia.

Lançou-se mão de técnicas de animação grupal e dinâmicas como estratégias para obter uma maior participação e interação dos participantes, através de discussões, vivências, exposição do tema, troca de experiências, apresentação de vídeos e demonstração de práticas relacionadas ao tema.

As ações aconteceram da seguinte forma:

- Harmonização: trabalhando a integração grupal e consigo mesmo através da dinâmica de grupo;
- Pactuação: momento em que o grupo define as atitudes e ações para que a atividade proposta seja realizada;
- Ativação: realização do “estudo” dos conhecimentos em grupo, compartilhando os saberes e as experiências através da socialização do tema;
- Exposição: momento no qual se realizou a exposição do conteúdo;
- Concentração: voltou-se à atenção do grupo para uma atividade de leitura da música sugerida em função da visão crítico-reflexiva;

- Aplicação: resolução da situação-problema trazida pela equipe;
- Celebração: síntese (conclusão da temática de forma criativa).

É relevante exemplificar a dinâmica realizada no primeiro encontro, que consistia em cada participante dizer o seu próprio nome, acrescentando a este um adjetivo que tenha a mesma inicial do seu nome e que se assemelhe à sua personalidade. O participante do lado deveria fazer o proposto, repetindo também o do colega ao lado, e assim sucessivamente. Este momento propiciou identificar a opinião que cada um tinha de si mesmo, identificando qualidades e defeitos, assim como a autoestima e autoimagem desses adolescentes.

O momento de tematização incluiu rodas de conversa com a exposição do tema após embasamento teórico em livros e artigos científicos, compartilhamento de vivências, troca de experiências, apresentação de vídeos e imagens, dentre outros. No decorrer do processo, foi criada uma página em uma rede social, constituindo-se em uma nova ferramenta de comunicação do grupo.

Esta teve o objetivo de aproximar os adolescentes da equipe de saúde, para possibilitar a socialização das experiências coletivas e individuais dos adolescentes da comunidade no que tange a sua vivência afetiva fora de casa, esclarecer dúvidas a respeito da temática discutida na reunião anterior, programar novos encontros, pactuar novos acordos, bem como atrair novos participantes. Foram encontradas algumas dificuldades neste tocante, visto que, devido aos recursos financeiros limitados dos adolescentes e suas famílias, nem todos tinham acesso a computador e internet em casa.

O desafio maior do trabalho foi construir um grupo que pudesse ser motivado e ter, a partir da abordagem dos temas planejados, uma visão crítico-reflexiva que estabelecesse correlação com o contexto de vida de cada um, para incentivá-los à adotarem de práticas saudáveis visando à qualidade de vida, redução de danos e uma participação transformadora da realidade social.

Outro desafio importante foi obter a adesão dos demais integrantes da equipe de saúde da família, em especial do apoio matricial (Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) tanto para construção como execução das ações, assim como o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); bem como superar a limitação da estrutura da unidade de saúde, onde os encontros foram realizados.

Ao final das atividades do grupo de adolescentes, foi possível perceber que os adolescentes são conscientes de que a gestação é fruto da ação de duas pessoas, embora eles tenham concluído que a garota normalmente é a mais responsabilizada na maioria das vezes por assumir as mudanças que se seguirão durante o processo. Além do casal, as suas famílias também são atingidas e vivenciam o difícil processo de adaptação a esta situação inesperada. Ou seja, o problema é da família, e a USF entra nesta conjuntura, devendo oferecer o apoio necessário.

Para Heilborn (1998), a junção entre dois adolescentes para gerar uma gravidez trata-se de uma “invenção da infância”, em que esse período tornou-se uma etapa exigente de maiores cuidados e atenção como um dos processos característicos da trajetória dos caminhos culturais das sociedades ocidentais, coincidente com o processo de nuclearização da família tendo em vista o modelo tradicional (HEILBORN, 1998).

Ainda é possível compreender que a adolescência tem sido mais recentemente objeto desse mesmo investimento de significado, no sentido de reservá-la como uma etapa de transição para a vida adulta e que nesse sentido deve estar reservada prioritariamente a dedicação aos estudos que visariam capacitar esses jovens, sujeitos a um ingresso melhor no mercado de trabalho, condição futura de suas vidas e sonhos dos seus pais (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Acredita-se que a opinião da maioria dos jovens quanto ao sexo nesta fase de descobertas coloca a primeira relação sexual como uma espécie de rito de passagem para a vida adulta. Ainda, representa em algumas situações uma forma de “prova de amor” ou ameaça de término do namoro, que os fazem ceder, especialmente meninas. As discussões em grupo, e troca de experiências similares os levaram a concluir que tais motivações devem ser pensadas com bastante cautela, pois a iniciação sexual inadequada pode trazer sérios danos presentes e futuros.

A cultura tradicional é ainda fortemente inserida na nossa sociedade, e está voltada para os anos 60, período de mudanças socioeconômicas, culturais e educacionais (principalmente no ensino superior). Sendo assim, as famílias centradas em seu núcleo familiar começam a desmistificar “a idade ideal para casar” dos 18 anos, e, com efeito, começaram o incentivo a mudança cultural e paradigmática nas classes sociais quanto às oportunidades educacionais e trabalhistas para os seus filhos, de acordo com os movimentos sociais da época, a exemplo da difusão da televisão, movimento feminista, os mesmos direitos entre os sexos, entre outros (HEILBORN, 1998). Assim, em consequência dessa mudança sociocultural espera-se o retardamento do casamento, das relações afetivas e sexuais, redução da taxa de natalidade, redução das mortes infantis, bem como uma mudança nos indicadores sociais.

Constatou-se que os adolescentes estão assimilando novos conceitos sobre o gênero e demarcando novos limites. Algumas meninas salientaram o desejo da independência financeira dos pais e futuros companheiros, citando os métodos contraceptivos como ferramenta para evitar uma gravidez indesejada que minasse suas aspirações profissionais.

Naturalmente, foram identificados também os adolescentes que enxergam na gravidez a possibilidade de constituir uma nova família, com a esperança de esta ser diferente do seu próprio contexto familiar. Para estes, é fundamental não classificar a gravidez como um crime, resultado de um ato de irresponsabilidade, algo ilegítimo, destituindo-os, assim, do direito de vivenciarem a maternidade e paternidade como uma experiência positiva.

Esta reflexão positiva acerca da gravidez na adolescência reforça o fato de que a gestação precoce não significa em muitos casos a imaturidade psicológica dos jovens, e sim, um rearranjo social das famílias marginalizadas e menos favorecidas que encontra no outro, embora jovem, a oportunidade da sua felicidade e de iniciar sua própria construção social (PANTOJA, 2003). No entanto, não se pode perder de vista os agravamentos biopsicossociais que a gestação precoce ocasiona.

Para a saúde pública a gestação precoce resultaria em um risco social, um agravante ao sistema de saúde. Resulta ainda em pobreza extrema, precariedade social e a escassez ao acesso aos serviços de saúde, sendo considerado um reforço à pobreza e marginalidade (PANTOJA, 2003), gerando indesejáveis prejuízos aos adolescentes quanto aos seus estudos e do ponto de vista psicológico. Sobre o conhecimento do preservativo também para a prevenção das DSTs, este já era difundido entre todos os participantes do grupo.

É possível afirmar, enfim, que não só os adolescentes participantes do grupo, mas estudantes e preceptores desenvolveram as suas habilidades e competências, mesmo que em graus e intensidades variadas. Trabalharam entre si as competências conceitual, procedimental, atitudinal, afetiva, e comunicativa (GONSALVES, 2012) com a finalidade de potencializar o processo de ensino-aprendizagem no que vai para além da instituição de ensino e da própria USF.

Considerações finais

A criação e condução do grupo de adolescentes foi um grande desafio vencido pela equipe PET Rede Cegonha no Timbó I, uma vez que esse público alvo normalmente não procura os serviços de saúde, reconhecendo a significância de desenvolver estratégias e atividades que os atraiam à unidade de saúde.

A possibilidade de utilizar o grupo como instrumento para potencializar as ações de educação em saúde foi bastante positiva, constituindo também um momento de escuta dos sentimentos, questionamentos e anseios dos adolescentes, o que proporcionou envolvimento e valorização do indivíduo. Constitui, por conseguinte, um importante espaço de proteção e identificação de fatores de risco para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens, promovendo reflexão sobre as vulnerabilidades às quais eles estão submetidos, e incentivos à adoção de práticas saudáveis visando à qualidade de vida, redução de danos e participação transformadora na realidade social.

A proposta foi significativa, com a oferta de atividades atrativas que permitiram estimular o processo de construção de sujeitos críticos, troca de experiências, identificação com seus pares e de projetos de vida. Fortaleceu vínculos com outros adolescentes e com os profissionais e estudantes, tornando

mais fácil uma intervenção individual ou grupal. Na maioria das vezes o adolescente não encontra em sua família uma referência para tratar sobre a sexualidade, identificando isto nos amigos, o que potencializa uma ação em grupo, respeitada a horizontalidade das ações, pois há muito a ser orientado, mas também aprendido com as experiências do outro.

Os preceptores contribuíram com as atividades do grupo, ratificando a importância da horizontalização do saber e troca de experiências. Os estudantes, por sua vez, puderam desenvolver competências e habilidades no que diz respeito à liderança e gerenciamento de trabalho em grupo, autonomia, tomada de decisão, fortalecimento de vínculos com o usuário e com a equipe, criatividade, uso de metodologias ativas, dentre outros.

O grupo de adolescentes *#ChegaJunto*, como foi nomeado, proporcionou muitos ganhos para os seus participantes. Os adolescentes encontraram um espaço aberto, jovem e dinâmico em uma unidade de saúde, a qual, em um primeiro momento, está ainda associada erroneamente ao cuidado assistencial dos agravos de saúde, e não preventivo. Os estudantes e profissionais de saúde puderam inserir-se na realidade dos adolescentes, facilitando a orientação e conscientização sobre os temas propostos, bem como aprender com os adolescentes na perspectiva da educação popular.

Referências

BARBATO, R.G., CORRÊA, A.K., SOUZA, M.C.B.M. Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery** [Internet]. Mar 2010; 14(1): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100008&lng=en>. Acesso em mar 2014.

BARRETO, M.F.M. **Dinâmica de Grupo**: história, prática e vivências. Campinas: Alínea; 2010.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990; Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. Estatuto da criança e do adolescente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. 24 jun. 2011.

DIAS, A.C.G.; TEIXEIRA M.A.P. **Gravidez na adolescência**: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Rev. Paideia**. 2010; 20(45): 123-131.

FIGUEIRÓ, A.C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2011; 2(3): 291-302.

GONSALVES, E. **A curva pedagógica**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2012.

GOVERNO FEDERAL. **Programa Cidades Sustentáveis, município de João Pessoa-PB**. Disponível em: <<http://indicadores.cidadessustentaveis.org.br/br/PB/joao-pessoa/gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2015.

GURGEL, M.G.I., ALVES, M.D.S., MOURA, E.R.F., PINHEIRO, P.N.C., REGO, R.M.V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Gaúcha Enferm.** [Internet]. Dez 2010; 31(4): 640-646. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400005-&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400005>. Acesso em 20 mar 2014.

HEILBORN, M.L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social In: **Seminário gravi-**

dez na adolescência, saúde do adolescente. Ministério da Saúde, Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International, Associação Saúde da Família. Rio de Janeiro, 1998: 23-32.

HEILBORN, M.L.; SALEM, T., ROHDEN, F. Aproximações socioantropológicas da gravidez na adolescência. **Rev. Horizontes Antropológicos.** 2002; 8(17): 13-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, T.C., CARVALHO, L.P., SILVA M.A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2008; 61(3): 306-311.

PANTOJA, A.L.N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro). 2003; 19(Sup. 2): S335-S343.

SANTOS, L.P., WAGNER R. O. elo vivencial da sustentabilidade promovido pela gestão de pessoas: dinâmica de grupo [internet]. In: **Anais do VI Congresso Virtual Brasileiro –Convibra Saúde;** 2010. Disponível em: <<http://www.convibra.org/dwp.asp?id=734&ev=22>>. Acesso em 18 mar 2014.

SENA FILHA, V.L.M., CASTANHA, A.R. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade.** 2014; 26(n. espe.): 79-88.

SOUZA, M.M., BRUNINI S., ALMEIDA, N.A.M., MUNARI, D.B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.** 2007; 60(1): 102-105.

SOUZA, T.A., BRITO, M.E.M., FROTA, A.C., NUNES, J.M. Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares. **Rev. Rene** [Internet]. 2012; (4):794-804. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1074>>. Acesso em 20 mar 2014.





**PERCURSOS FORMATIVOS
EM TERRITÓRIO**

**Programa de Educação pelo
Trabalho para Saúde nas Redes
de Urgência e Emergência de
Aracaju**

**Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Eleonora Ramos de Oliveira Ribeiro
Ana Cristina Freire Abud
André Faro
Marley Rosana Melo de Araújo**

Na perspectiva de integrar ensino-serviço, a Secretaria Estadual de Saúde/Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS), em parceria com a Universidade Federal de Sergipe/Campus São Cristóvão e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), desenvolvem projetos relacionados ao Programa de Educação pelo Trabalho nas Redes (PET-REDES), que objetivam contribuir com o processo de formação dos alunos de graduação, com vistas a subsidiar aos profissionais e serviços recursos para atender às necessidades de saúde da população de forma interdisciplinar; fomentar a manutenção de grupos de aprendizagem tutorial para a qualificação das Redes de Urgência e Emergência e produção de conhecimento e pesquisas; capacitar recursos humanos, numa perspectiva crítica na área da saúde, com base nas Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2006), bem como auxiliar as Equipes de Urgência e Emergência na realização de ações de redução da mortalidade por causa externa e doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis que objetivem melhorias nos cuidados aos usuários do SUS.

O projeto PET Saúde Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) faz parte do programa do Ministério da Saúde, aprovado por meio da Portaria Conjunta nº 9, de 24 de junho de 2013. Esse projeto busca atender às diretrizes do HumanizaSUS, o qual prevê o acolhimento e classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência; a horizontalização e formação de equipes de referência para o cuidado em unidades de produção de atenção hospitalar de urgência e emergência; a valorização do trabalho e do trabalhador e gestão da ambiência em saúde. O HumanizaSUS fomenta também uma forte aliança nacional em torno da temática da

equidade, da integralidade, do acesso com qualidade em tempo adequado às RUE, do respeito e da inclusão das diversidades étnicas, culturais e de gênero, além de mudança na percepção e na vivência dos usuários do SUS (BRASIL, 2009).

Dentro dessa perspectiva e como forma de garantir os princípios fundamentais do SUS - integralidade, universalidade e equidade-, foram criadas as redes integradas de atenção à saúde (RAS), que surgem como uma ferramenta para a reorganização dos serviços e processos de saúde e das características epidemiológicas dos brasileiros. As redes integradas de saúde são consideradas como excelente estratégia, permitindo atenção integral aos usuários do sistema de saúde. Entretanto, há alguns obstáculos que carecem ser solucionados: para implantação das RAS de forma efetiva, torna-se necessária a participação do governo e sociedade civil. Outros desafios estão relacionados ao financiamento, gestão e direcionamento dos serviços, conforme necessidades populacionais (BRASIL, 2012).

As RAS possuem seis características fundamentais relacionadas: formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; atenção primária à saúde como núcleo de comunicação; planejamento e organização das ações, conforme as necessidades de saúde de uma população peculiar; serviços ofertados de forma contínua e integral; cuidado multiprofissional, e por fim, compartilhamento dos objetivos e compromisso com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2012).

Para uma articulação efetiva entre as RAS se faz necessário a existência de pontos de atenção à saúde, sejam secundários e terciários, com vistas a apoiar os serviços de atenção primária de saúde, por meio de ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico. Ressalta-se que a atenção primária à saúde deverá ser o responsá-

vel pela coordenação dos fluxos e contrafluxos entre os níveis secundário e terciário. Essa ordenação deverá ser realizada por meio dos sistemas logísticos e de apoio, sendo gerenciado por um sistema de governança interfederativo e transversal (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, com a finalidade de reordenar a atenção à saúde nos casos de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é primordial a ampliação da rede de serviço de maneira qualificada e resolutiva, o incremento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. São consideradas como metas prioritárias das RUE: qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência; qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave; disposição e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos; internação em cuidados prolongados; qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados; definição da atenção domiciliar e articulação entre os seus componentes. Essas medidas implantadas nas RUE têm corroborado com a melhoria da atenção à saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2012; 2013). Com vistas a atender à demanda dos usuários do SUS e, em contrapartida, favorecer os processos de aprendizagem e qualificação profissional em saúde, foi instituído em Aracaju-SE o PET RUE.

O PET RUE está alicerçado com base na Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a qual deve ser instituída em todos os níveis do SUS, por meio da organização à assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, atendimento pré e intra-hospitalar, até os cuidados na convalescença, recuperação e reabilitação, com vistas à redução de acidentes, violências e agravos à saúde.

Desse modo, em Aracaju, capital do Estado de Sergipe (Brasil), o acesso ordenado dos usuários ao Sistema Estadual de Saúde é realizado por meio dos componentes do Sistema Interfederativo de Regulação (SIR): portas de entrada da Urgência e Emergência; SAMU 192 Sergipe; Unidades de Saúde da Família; Centros de Atenção Psicossocial e serviços especializados como os Centros de Aconselhamento e Testagem.

A rede de urgência e emergência, no qual o PET RUE desenvolve as atividades, está estruturada nos seguintes serviços: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte (Doutor *Nestor Piva*), UPA Zona Sul (Desembargador Fernando Franco), Hospital de Urgência de Sergipe João Alves Filho (HUSE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, que articulam as portas de urgência e emergência atuando no acolhimento e classificação de risco, bem como atendimento conforme gravidade clínica, cirúrgica e traumática.

Em Aracaju, os usuários do SUS contam com uma rede ampliada de acesso a saúde em diversas microrregiões. A porta de entrada para as demandas de média e alta complexidade é o Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE). O HUSE é um hospital geral de alta complexidade, de ensino, vinculado a Fundação Hospitalar, centro de referência no atendimento às vítimas de trauma e demais agravos à saúde.

O HUSE é organizado pelo sistema de Classificação de Risco para avaliar a gravidade dos pacientes, por meio de cores que compreendem a área azul, área verde, área amarela e área vermelha. Na área azul, o atendimento é realizado a pacientes com prioridade baixa, que necessitam de medicação ou procedimentos especializados, sutura para pequenos ferimentos e observação rápida. A área verde destina-se à observação de pacientes com prioridade média e atendimento não crítico,

mas com necessidade de observação. Quando o paciente necessita de cuidados semi-intensivos, deve ser encaminhado à área amarela. Já para a área vermelha são encaminhados os pacientes considerados com risco iminente de morte, com necessidade de atendimento imediato, além da possibilidade de realização de procedimentos de alta complexidade.

Após a classificação, os pacientes são encaminhados a diversas unidades (Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internamento, Unidade de Tratamento de Queimaduras, entre outros), conforme a necessidade do seu tratamento.

Para atender à demanda dos usuários do SUS, Aracaju conta também com a Unidade de Pronto-atendimento UPA Zona Norte (Doutor *Nestor Piva*) e UPA Zona Sul (Desembargador Fernando Franco), localizadas na zona norte e sul, respectivamente. Nessas unidades são atendidos os usuários da capital, pessoas de cidades circunvizinhas e do interior dos estados de Alagoas e Bahia. Para a realização da estratificação da gravidade dos casos clínicos, cirúrgicos e traumáticos, nesse serviço também são utilizadas a Classificação de Risco preconizada pelo HumanizaSUS. Após a classificação de risco, o atendimento inicial e estabilização clínica, os casos de maior complexidade são transferidos para o HUSE, com vistas a garantir a continuidade do tratamento.

As UPAs são equipadas com os mesmos recursos tecnológicos oferecidos na rede de alta complexidade, com diferenças apenas no quantitativo. Os casos clínicos, cirúrgicos e traumáticos não solucionados nas 24 horas e os pacientes admitidos na sala de estabilização são transferidos para as redes referenciadas de maior complexidade por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

Desse modo, o objetivo desse artigo é demonstrar as atividades do PET Saúde Rede de Atenção às Urgências e Emergências realizadas em Aracaju, as quais foram empreendidas na perspectiva de aproximar o atendimento de necessidades indissociáveis: a melhoria no atendimento público em saúde e a melhoria na formação e qualificação profissional para atuação na área.

Método

Este texto apresenta um relato de experiência sobre as atividades do PET Saúde Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sendo estruturado a partir das experiências vivenciadas pelos alunos bolsistas deste programa desenvolvido na cidade de Aracaju, Sergipe. Desde a elaboração do projeto, buscou-se uma metodologia que despertasse a visão do todo. Que admitisse uma prática reflexiva, interdisciplinar (na busca da superação da visão fragmentada e dicotômica) e criativa (VILELA; MENDES, 2008).

Tradicionalmente, a formação acadêmica na área de saúde tem sido pautada em metodologias conservadoras, com o ensino fragmentado e reducionista (CAPRA, 2006). São vários os questionamentos sobre o perfil do profissional formado e, muitas vezes, dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente. Levando-se em conta que a graduação acontece em apenas alguns anos da vida e que a atividade profissional pode permanecer por vários anos, torna-se importante que este aluno esteja em contato com metodologias cuja abordagem pedagógica implique na formação de profissionais como sujeitos sociais, com conhecimento, dotados de olhar crítico e com responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e sociedade (MITRE et al., 2008).

Dentro desse contexto, com vistas a garantir uma nova metodologia pedagógica, a equipe do PET RUE é constituída por tutores (professores da Universidade Federal de Sergipe-UFS), preceptores (profissionais das diversas áreas da saúde) e alunos bolsistas dos diversos cursos de graduação da UFS, conforme quadro 1. Os tutores do projeto são professores da UFS, responsáveis pela orientação do grupo tutorial e pelo estabelecimento dos vínculos entre a instituição de ensino superior e as redes de urgência e emergência. Os preceptores são profissionais das diversas áreas da saúde e são responsáveis em preceptorar os alunos nas unidades de urgência e emergência. Os bolsistas são alunos da graduação da UFS, os quais desenvolvem ações de pesquisa, ensino e extensão nessas unidades de saúde.

As experiências que serão relatadas foram realizadas nas Unidades de Pronto-atendimento Nestor Piva, Fernando Franco e Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, no período de agosto de 2013 a maio de 2014. Estas atividades foram frutos de uma inserção investigativa, crítica e participante (DEMO, 2004) dos alunos e tutores nos contextos e setores atendidos pelo Programa PET-RUE, e representam a operacionalização de ações preventivas e corretivas de acordo com demandas identificadas.

Toda e qualquer intervenção operada no Programa PET-RUE decorreu de um primeiro processo de aproximação, reconhecimento de campo e diagnóstico situacional (Figura 1), visando mapear os principais problemas dos setores de alocação dos alunos, seu nível de gravidade e a proposição de cursos de ação que pudessem dar respostas, ainda que não integrais e definitivas, às carências identificadas. No decurso deste levantamento diagnóstico, grandemente assentado em pragmáticas qualitativistas de investigação (Bauer; Gaskell; Allum, 2003),

os discentes e seus tutores já procediam a eleição de (micro) intervenções, baseados no critério de exequibilidade da ação e potencial de impacto no público-alvo. Esta postura empírica de produção de dados e encaminhamento de intervenções *pari-passu* caracteriza o método de pesquisa-ação (Thiollent, 2005). Algumas destas intervenções foram registradas e divulgadas em encontros de capacitação do Programa e eventos científicos de escopo nacional e internacional.

Na sequência, serão apresentados os resultados das ações executadas durante o Programa, incorrendo em um rico e dinâmico processo de produção de conhecimentos, vivências e crescimento pessoal-profissional que inevitavelmente reverberaram nos serviços de saúde oferecidos à população.

Resultados e Discussão

Diagnóstico Situacional

O programa teve início em agosto de 2013 com uma fase exploratória dos serviços de urgência e emergência e a integração dos alunos de graduação a preceptores de áreas de formação distintas, com vistas a possibilitar uma formação interdisciplinar aos graduandos e a troca de saberes entres os membros do projeto. Nessa etapa do projeto, buscou-se conhecer a realidade dos usuários que buscam assistência pelos serviços do SUS, bem como avaliar as dificuldades operacionais e de infraestrutura vivenciadas pelos profissionais do serviço.

O convívio dos alunos bolsistas com os preceptores possibilitou a esses graduandos conhecer os núcleos de cada profissão e a importância dos diversos profissionais da saúde no contexto da interdisciplinaridade e, por conseguinte, uma visão ampliada das profissões. Os benefícios de uma convivência interdisciplinar (caracterizada pela distribuição dos alunos

em duplas de cursos e períodos acadêmicos diversos) e multi-profissional, oportunizada pela reunião de preceptoria, tutoria e discentes que representavam diferentes formações e inserções profissionais, são visíveis. A promoção deliberada deste trânsito entre áreas quando do planejamento e estruturação do PET RUE é considerada um de seus maiores acertos, pois dissemina a lógica do trabalho em equipes heterogêneas que é tão comum dentro do contexto de saúde, com a vantagem de habituar os participantes do programa a estarem em contato com o “diferente”, com o heterogêneo, facultando uma prática profissional possivelmente mais empática e interdependente.

A atividade de diagnosticar a realidade de funcionamento das unidades componentes da Rede de Urgência e Emergência de Aracaju proporcionou aos discentes o exercício da observação e indagação sobre a realidade percebida, o contato com as várias categorias profissionais que integram o quadro de pessoal das unidades envolvidas, além de uma aproximação de usuários e acompanhantes que ultrapassava a esfera dos conhecimentos técnicos de suas respectivas áreas de formação, privilegiando a problematização de aspectos culturais, sociais, políticos e institucionais que poderiam estar no cerne de situações que foram detectadas. Este exercício, indubitavelmente, amplia a perspectiva deste aluno em formação e colabora para que este futuro profissional adote práticas e posturas de trabalho mais efetivas, por estar mais ciente das implicações que estão envolvidas em sua atividade profissional.

Para a realização do Diagnóstico Situacional, propôs-se um diagrama (Figura 1) que buscou orientar o mapeamento das problemáticas em cada local de atuação dos alunos, o levantamento das possíveis explicações para os problemas detectados e o direcionamento de intervenções a serem conduzidas, baseadas nas diretrizes do PET-RUE, além de princípios

da política nacional de humanização (PNH; BRASIL, 2001; 2003; 2004). O preenchimento desse diagrama foi sistematizado em três fases, descritas a seguir.

1ª Fase (Detecção do Problema, representada pelo questionamento: o que?)

Esta fase foi voltada à objetivação da atuação nos setores em que o PET-RUE se inseriu. A partir da triangulação de análises (a observação participante do estudante, sua interação com os preceptores e supervisão dos tutores), os alunos foram incentivados a avaliar os moldes de funcionamento dos locais de atuação, tanto em aspectos objetivos (por exemplo, rotinas) como subjetivos (por exemplo, relações interpessoais). Com isso, visou-se identificar situações e/ou procedimentos que poderiam ser aperfeiçoados ou implementados para melhor se alinharem aos pressupostos da humanização nas RUE. Para tanto, os alunos deveriam contextualizar uma problemática e, em seguida, extrair uma questão-problema, o que didaticamente ocorreu após três passos: I. Identificação do problema, II. Delimitação de evidências de sua existência, e III. Discriminação em relação a outros problemas.

Vale salientar que cada diagrama foi direcionado a um problema em particular, sendo descrito em termos processuais e não apenas pontuais. Com efeito, cada questionamento levantado demandou uma análise pormenorizada e contextualizada de sua dinâmica.

2ª Fase (Relações Explicativas, representadas pelo questionamento: por quê?)

A segunda fase intencionou evidenciar os possíveis fatores explicativos, causais ou mantenedores dos problemas detectados na primeira fase. Tais fatores puderam ser alocados

em 3 níveis: a. Nível Material e /ou Organizacional, que tratou de aspectos ligados às dificuldades percebidas quanto a equipamentos, insumos ou lógica laboral do setor, dentre outros (por exemplo, divisão de funções, técnicas de trabalho, etc.); b. Nível Subjetivo e/ou Relacional, que focou as qualidades das relações interpessoais e intergrupais observadas no setor (por exemplo, comunicação e relacionamento), avaliando-as quanto aos problemas percebidos no local; c. Nível Institucional, relacionado a questões de ordem macro na organização do atendimento prestado no setor (por exemplo, carência de pessoal), contemplando, também, aspectos da própria dinâmica da RUE (por exemplo, regulação) e do SUS (por exemplo, relação entre a atenção primária e terciária).

Importa pontuar que não foi obrigatório classificar os motivos em todos os níveis propostos, seja por nem sempre retratarem o enquadramento causal dos problemas levantados, seja por não serem sempre passíveis de averiguação apenas durante as atividades do PET-RUE. De qualquer forma, o roteiro subdividido em níveis buscou incentivar a reflexão dos estudantes em torno da complexidade das problemáticas, minimizando a probabilidade de uma visão reducionista ou inferência prematura de causalidade, restrita a um único aspecto.

Em suma, ao elencar as hipóteses explicativas dos problemas observados no local de inserção, os alunos, em parceria com os preceptores e tutores, foram incentivados a refletir e buscar maior clareza acerca da teia de motivos que provocavam o surgimento ou alimentavam a permanência dos problemas.

3ª Fase (Propostas da Ação, representadas pelo questionamento: O que fazer?)

A terceira fase foi a formulação de intervenções, articulando passos alcançados nas fases anteriores. Considerando-se

que diferentes níveis de explicação puderam ser preenchidos na segunda fase, as propostas de ação derivaram de cada um desses níveis, estando subdivididas em três graus de complexidade, a saber: a. Baixa Complexidade, que abarcava ações que poderiam ser desenvolvidas com poucos recursos materiais, possivelmente pelos próprios alunos (sob orientação dos preceptores) e que não demandavam a interrupção das atividades no setor (por exemplo, campanhas de sensibilização ou pequenas alterações na dinâmica da assistência); b. Média Complexidade, cujas ações envolviam os responsáveis pelo setor, a alteração de rotinas e procedimentos que impactavam no cotidiano profissional, além do uso de recursos que influenciavam ou eram influenciados por outros setores (capacitações de curta duração, montagem de protocolos, levantamento sistemático de informações, etc.); e c. Alta Complexidade, em que a proposta, geralmente, extrapolava a possibilidade de intervenção a ser conduzida apenas no âmbito do PET-RUE, sinalizando a necessidade de transformações mais amplas na dinâmica de assistência, usualmente deliberadas por instâncias diretivas e políticas da instituição (por exemplo, redistribuição de funções profissionais, capacitação profissional de longa duração, mudanças na relação entre a RUE e os demais níveis de atenção do SUS, dentre outras).

Ressalta-se que nem sempre foi necessário listar ações em todos os graus de complexidade exemplificados no diagrama do diagnóstico situacional, pois sua proposição deveria ser diretamente associada aos níveis de explicação (2ª Fase) e à especificidade do problema em questão (1ª Fase). Consequentemente, a classificação em distintas possibilidades, assim como feito na segunda fase, teve como intento fomentar a reflexão dos estudantes a respeito da diversidade de intervenções possíveis.

No decorrer do projeto, as ações de baixa e média complexidade foram privilegiadas, isso em virtude da maior viabilidade para intervenção. Espera-se que as propostas de alta complexidade que foram construídas sejam integradas, futuramente, em programas institucionais de maior amplitude e, quiçá, nos debates acerca das políticas e modos de prestação da assistência nas instituições.

Em resumo, o diagnóstico situacional, por meio do diagrama, permitiu que os membros do projeto analisassem, sob diferentes perspectivas, o cotidiano do cuidado à saúde nas RUE, assumindo uma postura questionadora e desejanter por mudanças na dinâmica da assistência. Assim, a atitude científica de levantar problemas, hipotetizar explicações e, com isso, propor intervenções, compôs um importante alicerce na participação de estudantes, preceptores e tutores neste projeto.

Do ponto de vista dos resultados de pesquisa da fase diagnóstica, foram identificados “gargalos” no fluxo operacional das unidades pertencentes à Rede de Urgência e Emergência, o que municiou bolsistas, preceptores e tutores de informações fundamentadas para a produção de intervenções de maior ou menor complexidade, voltadas a corrigir ou minorar os efeitos nocivos dos problemas detectados.

1) Intervenções realizadas por setor:

a) Unidade de Terapia de Queimados (UTQ-HUSE):

Nesta Unidade, o foco de atenção foram os pacientes pediátricos internados, principalmente, em função de acidentes domésticos e com fogos de artifício. Na fase de diagnóstico situacional, foram detectados o excesso de tempo ocioso e a carência de estimulação ambiental dentre as situações mais preocupantes vivenciadas pelos pacientes pediátricos internados. Este quadro despertava interesse pela fase de desenvolvimento

no qual se encontravam os pacientes (infância) e seu estado de saúde que, em geral, demandava procedimentos dolorosos de troca de curativos e sessões de fisioterapia. As crianças permaneciam um tempo relativamente grande internadas, e dispunham de poucos recursos ambientais para o preenchimento deste tempo de maneira a absorver a energia própria da faixa etária e distraí-las de sua condição de saúde, atenuando o sofrimento inerente à hospitalização.

Com o objetivo de minimizar as demandas diagnosticadas, foi planejada e executada uma intervenção com a finalidade de introduzir mais estímulos ambientais, tornar o ambiente mais humanizado e ter como consequência a melhora do quadro clínico das crianças. A intervenção idealizada foi a criação de uma brinquedoteca na enfermaria pediátrica, através de arrecadação de livros, brinquedos e DVDs doados. O intuito da ação era possibilitar aos pacientes que ficavam internados durante vários dias um ambiente mais humanizado, acolhedor, estimulante cognitivamente e que possibilitasse o brincar, tanto livre quanto pedagógico. Nossas expectativas foram de contribuir para momentos de diversão, interação acompanhante/paciente, aprendizado, e redução da percepção de dor e sofrimento que o ambiente hospitalar e o tratamento a queimaduras involuntariamente proporciona.

b) Pronto Socorro (PS-HUSE)

O Pronto Socorro (PS) do HUSE recebe pessoas em estado de urgência e emergência. O usuário que chega ao hospital é atendido por um profissional lotado na recepção que faz o acolhimento inicial e identifica o motivo da procura pelo serviço e queixa dos sintomas. Posteriormente, o mesmo é direcionado para a triagem, a qual vai fazer a avaliação inicial e a classificação de risco. Na classificação de risco, o atendimento

é priorizado de acordo com o estado de gravidade clínica do paciente, e não pela ordem de chegada, possibilitando assim o atendimento equânime de todos que procuram o serviço.

A recepção do Pronto Socorro tem papel crucial no fluxo do HUSE, por constituir a porta de entrada aos serviços de urgência e emergência, o primeiro momento de avaliação e classificação de demandas clínicas e de definição dos encaminhamentos de contra-referência para a rede de saúde daqueles pacientes que não se encaixem no perfil de atendimentos do HUSE. Contudo, a fase de diagnóstico situacional detectou: a) falta de conhecimento e despreparo dos recepcionistas para atuar frente à Urgência e Emergência do HUSE; b) desconhecimento por parte dos funcionários a respeito da dinâmica de funcionamento e do processo de acolhimento humanizado.

A partir dos problemas levantados, viu-se a necessidade de realização de uma intervenção visando à capacitação de cerca de 30 funcionários que atuam na recepção do HUSE, objetivando sensibilizar estes profissionais em relação à execução de suas atribuições na rede de atendimento de Urgência e Emergência do HUSE, de acordo com o que é preconizado pela PNH. Tal proposta de intervenção objetivava não somente a qualificação do atendimento ao usuário, mas também uma melhor ambiência laboral e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida no trabalho. A atividade foi executada na forma de oficina de integração, com carga horária de 5h, dirigida aos recepcionistas, vigilantes e maqueiros do HUSE, profissionais da linha de frente deste estabelecimento hospitalar. O planejamento e execução da atividade instrucional recorreram à utilização de palestras com especialistas, dinâmicas de grupo, estudos de caso por meio da técnica de aprendizagem baseada em problemas (PBL) e discussão de rotinas e contextos de trabalho de modo a informar, integrar e assessorar estes

profissionais no que tange à compreensão de seu papel dentro da proposta de acolhimento e humanização do SUS.

c) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Desembargador Fernando Franco

Decorrente do diagnóstico situacional dessa UPA foi possível observar alguns problemas tanto de ordem material quanto em relação à equipe de trabalho. Esse último pôde ser evidenciado devido à pouca interação entre os profissionais, além de muitos desconhecerem os princípios de humanização. Nessa direção, algumas intervenções foram desenvolvidas, entre elas podemos citar a promoção de debates com profissionais da saúde de várias categorias a respeito da melhoria no relacionamento entre eles e quanto à assistência, o desafio de colocar em prática a estratificação do risco e o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para as demais redes de atenção. A criação de eventos musicais utilizando a música com um instrumento terapêutico para pacientes internados ou à espera de atendimento também teve boa aceitação dos usuários. Por fim, a promoção do evento intitulado “Mãos limpas salvam vidas” foi direcionado aos profissionais da saúde, com o objetivo de intensificar a prática de higienização das mãos no ambiente hospitalar.

d) Unidade de Pronto Atendimento Dr. Nestor Piva

A UPA Dr. Nestor Piva funciona com o atendimento da população adulta de Aracaju nas seguintes áreas: clínica cirúrgica e médica e ortopedia. Como produto do diagnóstico, observou-se que grande parte da demanda é de pessoas de outros municípios e de cidades do entorno de Sergipe, em especial municípios da Bahia e de Alagoas. Este é um fato que colabora

com a superlotação da unidade e gera alto grau de insatisfação entre os trabalhadores.

Foi observado, também, que a procura pelo atendimento nem sempre estava associada a uma urgência/emergência. A população vem frequentemente em busca do pronto-atendimento com queixas ambulatoriais, o que provoca o surgimento de angústia e conflitos em todos os envolvidos, sejam profissionais, sejam usuários.

Pensando na abordagem destes problemas, foram realizadas as “Semanas de Humanização”. Nestas, foram realizadas palestras, rodas de discussão, dinâmicas de grupo e distribuição de panfletos, com momentos específicos para usuários do SUS e servidores da instituição. Um dos enfoques apresentados aos servidores foi a proposta de reflexão sobre o tema humanização com base no HumanizaSUS e a apresentação das diretrizes do PET-RUE.

Em outro momento, foram discutidas as angústias, as ansiedades do dia a dia de uma unidade de atendimento do porte da UPA Dr. Nestor Piva, assim como as possíveis expectativas dos usuários.

Para os usuários foram feitas palestras interativas e distribuição de panfletos com abordagem sobre as principais causas da busca de atendimento na UPA, a discussão sobre atendimento ambulatorial programático, as dificuldades de acesso e direitos do usuário.

2) Participação em Eventos Científicos

Na I Semana Acadêmico-Cultural da Universidade Federal de Sergipe (I SEMAC-UFS, 2013), foram apresentados 20 trabalhos em formato de painel, versando sobre experiências e estudos realizados pelos alunos. Além disso, dois trabalhos

foram aprovados para o 11º Congresso Internacional da Rede Unida (2013), divulgando a atuação dos estudantes no PET-RUE. A inserção do aluno nos diversos eventos, sejam de caráter local, nacional ou internacional, possibilitou a troca de experiências no momento do evento e, ao retornar, a socialização com os demais petianos dos conhecimentos advindos de outras culturas.

3) Capacitações

No período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014 foram realizadas capacitações com diversas temáticas, a exemplo de minicursos sobre humanização nas redes de urgência e emergência, prevalência de doenças crônicas no Brasil, os direitos e deveres dos pacientes, entre outros. Enfim, foram abordados conteúdos que nem sempre são abordados nas instituições de ensino superior, possibilitando aos graduandos e profissionais da área da saúde uma visão ampliada do atendimento aos usuários do SUS e, por conseguinte, a possibilidade de uma assistência mais humanizada. Adicionalmente, as capacitações propiciam aos profissionais maior competitividade e estímulo para atingirem as metas propostas pelas instituições, bem como a aquisição de novos saberes. A capacitação, a qualificação e o aperfeiçoamento propiciam o desempenho das atividades profissionais com maior qualidade e eficiência (BARBOSA, 2010; CHIAVENATTO, 2008).

Considerações Finais

A implantação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde nas Redes de Urgência e Emergência de Aracaju envolveu os graduandos de forma mais precoce nos serviços de atenção à saúde, fomentando o conhecimento e análise crítica dos futuros campos de atuação profissional, além de sen-

sibilizar os profissionais da saúde quanto às necessidades dos usuários do SUS, com vistas a um atendimento humanizado, conforme preconiza o HumanizaSUS. Outro aspecto de grande importância com a implantação desse programa foi permitir aos graduandos a necessária integração ensino-serviço e ter introduzido a humanização da assistência nas rodas de problematização dentro das instituições de ensino superior.

A presença do aluno bolsista também provocou mudanças a partir das discussões sobre o âmbito de trabalho por meio de olhar externo reflexivo, tendo em vista a presença dos discentes nos serviços de urgência e emergência ter despertado nos preceptores a necessidade de reflexão sobre temáticas nem sempre observadas no cotidiano.

O PET RUE possibilitou diagnosticar vários problemas nas redes de urgência e emergência de Aracaju, bem como realizou diversas intervenções, com vistas a solucionar os problemas encontrados. Outro aspecto de destaque após a implantação do programa foi o despertar de um olhar mais reflexivo sobre a problemática dos serviços e a implantação de estratégias com o objetivo de oferecer aos usuários do SUS um melhor atendimento. É mister que a inserção dos graduandos dos diversos cursos da área da saúde propiciou a trocas de saberes, o que culminou com a produção de vários trabalhos em nível local, nacional e internacional.

Sabe-se que a meta principal da humanização nos serviços de saúde é acolher o usuário, oferecendo-lhe a melhor resposta ao problema apresentado. Diante disso, a proposta de trabalho que envolve a comunidade acadêmica tende a gerar reflexão e a busca por meios de atendimento adequados às demandas apresentadas, resultando assim, na reorganização do modelo proposto, tornando indispensável ressaltar o quão positiva é essa parceria.

Referências

Barbosa, E.S. A importância da qualificação, capacitação e aperfeiçoamento de funcionários nas instituições de ensino superior: o PCCTAE e a UNIFAP. P@rtes, 2010. (On-line). Disponível em: <<http://www.partes.com.br/educacao/qualificacao.asp#>>. Acesso em 2 de fevereiro de 2015.

Bauer, M.W.; Gaskell, G.; Allum, N.C. (2003). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (pp. 17-36). 2ª ed. Petrópolis: Vozes.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Humaniza SUS**. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: 2009.

Capra, F. **O ponto de mutação; a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. Cultrix, São Paulo, 2006.

Chiavenatto, I. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Elsevier, 2008.

Demo, P. **Pesquisa participante**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livro Editora, 2004 (Série Pesquisa em Educação, v.8).

Mitre, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação do profissional de saúde: debates atuais . **Ciência & saúde coletiva**. 2008. 13 (sup 2): 2133-44.

Thiollent, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Vilela, E.M.; Mendes, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2008; 28(11): 525-31.



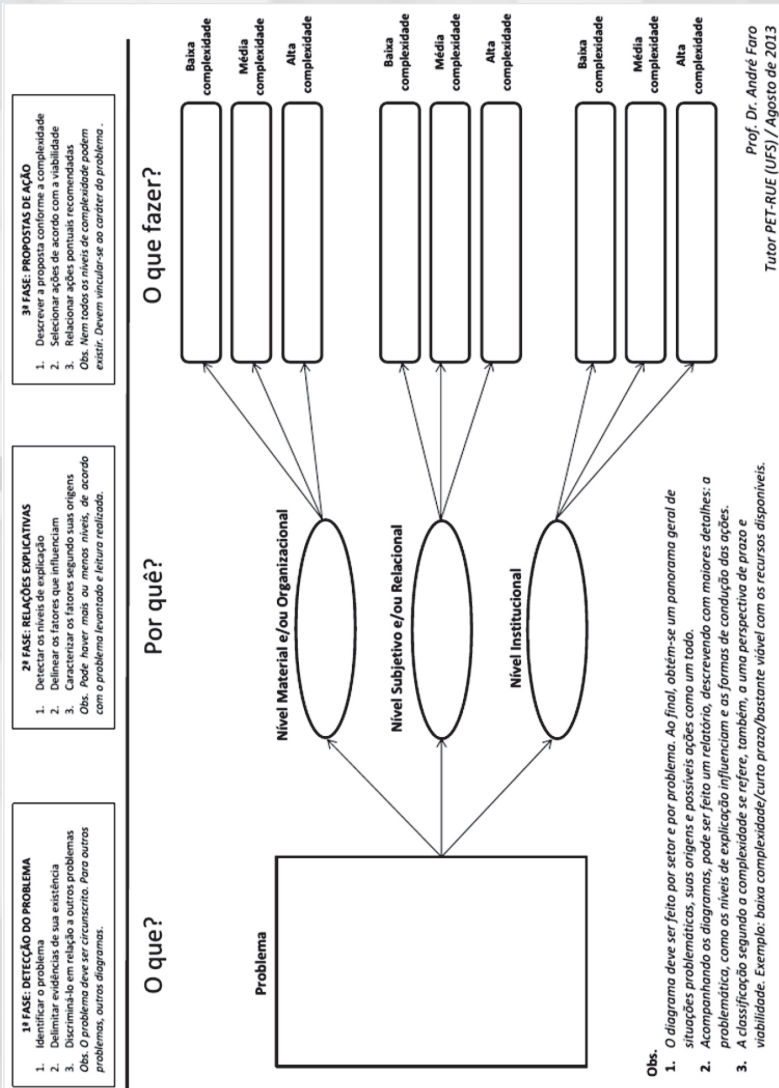


Figura 1. Modelo do diagrama do Diagnóstico Situacional, elaborada como guia para os alunos do PET-RUE/UFS (Aracaju, Sergipe).



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Programa de educação pelo trabalho na rede de atenção às urgências e emergências: potencialidades e desafios

Emiliane Nogueira De Souza

Karine Zortea

Patricia Pilatti

Gislaine Saurin

Alexander Quadros

Andrea Regner

Rita Iara Moreira Do Nascimento

Clarissa De Antoni

Carine Raquel Blatt

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 421/2010 com intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), através do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, realizando a integração ensino-serviço-comunidade. Desta maneira, é estimulada a formação de profissionais com qualidade técnica e científica com conhecimento das necessidades de sua comunidade e região.

O estabelecimento da extensão universitária advém da necessidade de integrar o Ensino Superior à Comunidade. Diante disto, a Extensão desempenha papel mediador entre esses dois universos, difundindo conhecimentos e tecnologias, ampliando visões de mundo, intervindo, promovendo práticas sociais e de direitos humanos, ajudando no desenvolvimento de uma consciência crítica e política dos acadêmicos e das próprias comunidades atendidas (BRASIL, 2011; CARNEIRO et al., 2011)

A inter/multi/transdisciplinaridade também é uma prática que comumente acompanha a Extensão, levando à integração dos diferentes profissionais e seus cursos superiores. Através de tudo isso, se denota o enorme potencial transformador que o trabalho extensivo possui (HENNINGTON, 2005; ACIOLI, 2008). O PET-Saúde, como programa de extensão, tem se inserido em diferentes cenários e contextos de atenção à saúde, aproximando os acadêmicos dos cursos da área da saúde da realidade dos serviços e da comunidade.

A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), situada na região sul do Brasil, prioriza a educação e formação de profissionais da área da saúde inseridos na realidade das políticas sociais e de saúde nacionais. Em 2013, com o Edital voltado para o fortalecimento da Rede de

Atenção, os docentes da UFCSPA visualizaram a potencialidade de desenvolver projetos onde o aluno da área da saúde possa ser inserido em atividades integradas de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a partir do envolvimento nos cenários de práticas com tutores e preceptores, bem como formar profissionais da área da saúde com visão integral e interdisciplinar do processo saúde-doença, em consonância com as ações de promoção e prevenção em saúde no contexto do SUS em diferentes níveis de Atenção.

Dentre os projetos apresentados no PET – Saúde Redes de Atenção II, foi elaborado um subprojeto com a temática Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE). Este projeto interdisciplinar teve dois grupos aprovados e está voltado para a promoção do trabalho em rede no Distrito Docente Assistencial (DDA), situado na zona norte do município de Porto Alegre. O DDA é o território pactuado com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre onde a UFCSPA deve desenvolver as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Cada projeto PET-Saúde é constituído por tutores, preceptores e acadêmicos bolsistas dos diversos cursos de graduação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os tutores são docentes das Instituições de Ensino Superior (IES) e têm o papel de orientar e estimular a produção de conhecimentos resultantes das vivências dentro do Programa. Os preceptores são profissionais dos serviços que têm o papel de inserir o acadêmico no seu cotidiano de trabalho, orientando-os para as atividades práticas no campo de atuação.

As ações do PET - Saúde RAUE UFCSPA foram iniciadas em agosto de 2013. A partir de então, encontros, diagnósticos, reflexões, propostas e ações têm ocorrido, envolvendo a todos inseridos no projeto. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho

é apresentar um relato das atividades do PET – Saúde RAUE da UFCSPA, destacando-se suas potencialidades e desafios.

Porto Alegre e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências

As políticas públicas de saúde têm evoluído na construção de diretrizes para a estruturação da Rede de Saúde. Contudo, a implementação destas políticas tem representado um desafio para os gestores públicos, uma vez que as necessidades em saúde transcendem os fatores óbvios que estamos acostumados a valorizar na lógica biomédica do cuidado que rege grande parte dos serviços de saúde. A construção de uma rede de saúde que garanta a integralidade do cuidado necessita articular os componentes sanitários e não sanitários convergindo para uma rede mais equitativa e qualificada (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004; CECÍLIO, 2011).

A Rede de Saúde é composta por diferentes pontos de atenção, articulados entre si e com capacidade resolutiva e plasticidades suficientes para atender as necessidades de saúde dos usuários em termos da intensidade do cuidado e da temporalidade das intervenções. A estruturação da rede de atenção à saúde requer a implementação de linhas de cuidado guiando uma trajetória assistencial regulada e resolutiva para os usuários de uma determinada região de saúde (MENDES, 2010; MARQUES, 2011). Em 2011, o Ministério da Saúde propôs um conjunto de regulamentações e ações que visam à estruturação da rede de saúde dentro de perspectivas de garantia de acesso e qualidade assistencial e baseada na estruturação das redes de atenção. A Portaria nº 1.600, de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Esta portaria normatizou a estruturação da rede de saúde para o atendimento

aos usuários com quadros agudos e estabeleceu que todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS devem atender a condições agudas de saúde, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, de forma hierarquizada e regulada, organizada em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

Todavia, a maioria dos sistemas de saúde do mundo tem a segmentação dos serviços e a fragmentação do cuidado à saúde dos usuários como seus principais problemas. Assim, apesar dos esforços públicos para a normatização e construção de cuidado articulado em rede, a realidade em grandes centros urbanos é de uma rede de saúde fragmentada e, frequentemente, com insuficiência de oferta ou resolubilidade nas suas linhas de atenção (CECÍLIO, 2011; MARQUES, 2011).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, Porto Alegre, capital do Estado Rio Grande do Sul, possui uma população de 1.409.351 habitantes, sendo a décima capital mais populosa do país. A cidade está dividida em 16 distritos sanitários, que formam as oito Gerências Distritais de Saúde, que são as regiões político administrativas da saúde na cidade. As Gerências Distritais de Saúde (GDS) são responsáveis pela administração da Rede de Atenção Primária em Saúde (APS) que prestam assistência a uma população adstrita conforme mostra a Tabela 1.

Entre 2000 e 2010, a população da capital gaúcha aumentou 3,63% e Porto Alegre vive uma nova realidade, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do ponto de vista demográfico. Na transição demográfica observa-se redução do coeficiente de natalidade de 17,3 para 13,4/1000 habitantes quando comparamos os anos de em 2000 com 2011. Além disso,

houve acentuado aumento na expectativa de vida da população do município, sendo que a população de maiores de 80 anos, em 2010, é quase igual à de menores de um ano. A expectativa de vida era de 67 anos em 1970 e subiu para 74 anos em 2010.

Associada a esta transição demográfica pode ser verificada tendência consistente da redução das doenças imunopreveníveis, coexistindo com alta prevalência de tuberculose, HIV/AIDS, hepatites e sífilis, além do crescimento de problemas como a violência. Quanto à mortalidade por grupo de causas, o que se observa é o aumento das doenças crônicas e das causas externas, com redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal.

As primeiras causas de morte em Porto Alegre são as doenças do aparelho cardiocerebrocirculatório (Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico), que representam aproximadamente 30% de todos os óbitos, seguidas pelas neoplasias e causas externas (acidentes e mortes violentas). Cabe ressaltar que as causas externas representam a principal causa de mortalidade entre os jovens e causam a perda de muitos anos potenciais de vida. Além disso, a violência do trânsito e a violência interpessoal têm aumentado significativamente, sendo importante salientar as ocorrências envolvendo motocicletas.

Assim, Porto Alegre apresenta um quadro de tripla carga de doenças, havendo persistência das condições agudas, apresentando aumento das condições crônicas e ocorrendo forte incremento da violência. Este cenário de demandas crescentes e complexas de saúde impõe a necessidade de redesenho do modelo de atenção na rede de saúde, fortalecendo estratégias efetivas de autocuidado e de transição do cuidado. A rede de atenção à saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoçam e não apenas cuidar da agudização das doenças.

A rede de atenção à saúde do SUS, em Porto Alegre (Figura 1), apresentou importante expansão estrutural e, atualmente, conta com uma cobertura de atenção básica para, aproximadamente, 70% da população; tem cinco unidades de pronto-atendimento; 23 hospitais que atendem pelo SUS, sendo 11 com serviços de emergência 24 horas. Ainda, conta com diversos serviços de especialidades ambulatoriais e dois centros próprios, municipais, de especialidades. Possui um complexo regulador que conta com regulação assistencial de urgência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências 192), de consultas especializadas e exames (Central de Marcação de Consultas Especializadas) e de leitos hospitalares (Central de Regulação de Internações Hospitalares).

Fatores históricos de estruturação das redes de saúde no âmbito do SUS favoreceram o atendimento majoritariamente às condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. O cenário atual da saúde no Brasil tem apontado os serviços de urgência como uma das principais portas de acesso dos usuários aos serviços da rede de saúde. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde. Devemos destacar que a Política Nacional de Urgência é recente na dimensão histórica do SUS e foi regulamentada pela Portaria N° 2.048, publicada em 2002 (BRASIL, 2002).

Contudo, é preciso implementar a integralidade da atenção de forma consistente, e este talvez seja ainda o maior desafio da rede de Atenção a Urgência e Emergência. Nesse sentido, é necessário fortalecer o sistema de saúde municipal como uma rede de atenção à saúde focada nas necessidades dos usuários e capaz de cuidar das pessoas no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, com equidade, com responsabilidade sanitária e econômica e que agregue valor para a população.

O PET - Saúde RAUE no Distrito Docente Assistencial Norte/eixo Baltazar

O projeto de Redes de Atenção II do PET - Saúde da UFCSPA têm a coordenação administrativa geral de uma docente com formação em psicologia. Como citado anteriormente, o subprojeto PET - Saúde RAUE iniciou em agosto de 2013 e possui atualmente a participação de duas professoras tutoras dos cursos de Enfermagem e Farmácia; 12 preceptores que têm como área de formação: Enfermagem (n=06), Medicina (n=03), Assistente Social (n=02), Fisioterapeuta (n=01); e 24 acadêmicos bolsistas dos cursos de Medicina (n=11), Enfermagem (n=06), Fisioterapia (n=03), Psicologia (n=01), Nutrição (n=01), Fonoaudiologia (n=1).

O objetivo geral do projeto é fortalecer a atuação e a articulação dos componentes da RAUE na GD NEB, na cidade de Porto Alegre/RS. Como objetivos específicos podemos citar a identificação das estruturas e fluxos existentes na RAUE, promover o conhecimento de trabalhadores e usuários sobre os fluxos e dinâmica da RAUE, qualificar o processo de recepção, acolhimento e classificação de risco em todos os componentes da RAUE, inserir os acadêmicos dos cursos de graduação em saúde em atividades integradas de planejamento e monitoramento dos fluxos da RAUE, desenvolver ações integradas de saúde para efetivação da RAUE.

As atividades são desenvolvidas no Distrito Docente Assistencial da UFCSPA, que é a região da Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar (GD NEB) e conta com uma população de 188.845 habitantes. Os campos de atuação dos preceptores e bolsistas incluem um serviço de emergência hospitalar geral (membro do Programa Federal SOS Emergência), um serviço de emergência hospitalar especializada em trauma, uma uni-

dade de pronto atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), a Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar, considerado distrito docente assistencial para a UFCSPA, a coordenadoria municipal de urgência e emergência (CMU), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Programa de Atenção Domiciliar (PAD).

Os alunos foram alocados nos serviços de acordo com o número de preceptores, e desempenham suas atividades semanalmente de forma presencial e à distância. Adicionalmente às atividades no campo, são realizados encontros mensais entre tutores, preceptores e bolsistas para a discussão e acompanhamento das atividades. Além disso, foi oportunizado um rodízio de visitas dos alunos bolsistas nos diferentes serviços que integram o PET - Saúde RAUE para que todos os acadêmicos bolsistas conhecessem a realidade de cada um dos serviços em que se desenvolvem as atividades, ampliando sua visão quanto ao trabalho em rede.

Entre as atividades que estão sendo desenvolvidas, podemos citar: a identificação do itinerário terapêutico dos usuários que buscam atendimento em serviços de urgência e emergência; a identificação de situações de urgência e emergência na atenção primária à saúde reguladas pelo SAMU; a identificação do perfil de atendimento dos pacientes adultos e pediátricos da UPA Moacyr Scliar; as causas de óbito segundo dados sociodemográficos da UPA Moacyr Scliar; a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre - RS sobre o PAD.

Como pontos positivos desta formação do PET - Saúde RAUE, podemos destacar: a participação ativa dos tutores na elaboração do projeto; a inclusão de diferentes cenários da rede de atenção à saúde de Urgência e Emergências; a indicação dos preceptores pelos gestores dos serviços inseridos neste

projeto; a seleção dos acadêmicos bolsistas através de um processo seletivo que envolveu prova teórica e entrevista; a diversidade da formação de tutores, preceptores e bolsistas, a qual auxilia no caráter interdisciplinar desta proposta; a proposição de diferentes ações e atividades de pesquisa em conjunto entre os tutores, preceptores e bolsistas.

As contribuições do PET - Saúde RAUE

O PET - Saúde RAUE UFCSPA trouxe importantes contribuições para os tutores, preceptores e acadêmicos. A vivência oportunizada pelo PET - Saúde RAUE possibilitou um olhar profissional para outros cenários, identificando-se a vocação de cada serviço, bem como o melhor entendimento acerca das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde no contexto das redes de atenção.

A compreensão geral do trabalho em rede, das potencialidades e dos desafios que todos os profissionais, seja no âmbito da gestão ou da assistência, enfrentam no seu cotidiano de trabalho era limitada e, majoritariamente, restrita ao seu serviço. Dentre os aspectos que contribuem para tal visão limitada, mencionam-se a falta de comunicação entre as instâncias gestoras e os profissionais atuantes na ponta, a ausência e/ou desconhecimento de fluxos de atendimentos implementados, bem como as inefetivas relações horizontais entre os serviços.

A participação dos preceptores no PET - Saúde RAUE tem fomentado uma visão ampliada das conexões entre os diferentes serviços na RAUE. Essa visão ampliada tem sido incentivada nos encontros mensais do PET - Saúde RAUE através de oficinas e rodas de conversa para discussão e problematização da realidade.

Para os acadêmicos bolsistas, possibilita-se a oportunidade de participar junto com os diferentes atores que compõem

a força de trabalho da RAUE nas suas diversas instâncias, das discussões relacionadas às vocações de cada serviço e aos entres de atuação em rede.

O fato de os acadêmicos estarem inseridos em serviços que fazem parte da estrutura gestora da RAUE, os quais têm a visão do todo e elaboram estratégias para viabilizar o acesso ao sistema de saúde e a efetividade do RAUE até serviços que prestam atendimento diretamente ao usuário, que têm como foco de atenção o paciente, permite a ampliação do conhecimento acerca das redes de atenção à saúde por parte dos bolsistas.

Além disso, o acadêmico bolsista pode identificar o papel da atenção primária na RAUE, como porta de entrada para as situações de urgência e como contra-referência para os pacientes que saem do hospital. Desta maneira, este projeto permite aos acadêmicos bolsistas conhecer todos os componentes da rede, propiciando a aproximação da teoria com a realidade nos diversos cenários do SUS.

Associado a isso, somam-se as atividades curriculares que também são desenvolvidas em alguns desses serviços dentro do DDA. Tais atividades contemplam desde aspectos assistenciais relacionados à fisiopatologia das principais afecções apresentadas pelos usuários, questões socioeconômicas individuais e coletivas até questões de cunho gerencial e organizacional dos serviços.

No que se refere ao impacto do Pet - Saúde RAUE na academia, a partir das discussões e percepções das dificuldades da RAUE foi elaborada uma disciplina eletiva para todos os acadêmicos da UFCSPA. A proposta desta disciplina de 30 horas é oportunizar o conhecimento da RAUE para alunos que não fazem parte do PET – Saúde RAUE. Os preceptores do pro-

jeto participam como colaboradores desta disciplina. Alguns alunos da disciplina também eram bolsistas do PET e outros, pelo contato com o tema, passaram a se interessar pelo assunto e se inscreveram nos processos seletivos para a participação no PET.

As diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde apontam como necessidade a formação de recursos humanos com capacidade de atuação no sistema de saúde vigente no país. Contudo, esta é ainda insuficiente, uma vez que é notável o despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade do SUS. Nesse sentido, a participação de todos os envolvidos no PET - Saúde RAUE tem contribuído, de forma relevante, para a formação acadêmica com visão ampliada acerca do SUS e da realidade de saúde local e regional. A atuação em conjunto com outros profissionais, que não da mesma área de formação, e do acompanhamento do cotidiano de trabalho, é um fator considerado de suma importância para a formação de um profissional de saúde.

A realidade percebida pelo aluno do PET - Saúde RAUE não é somente o número de leitos hospitalares, que é um fator importante, mas sim, qual o giro desses leitos, qual a resolutividade do atendimento, qual a porta de entrada adequada para o paciente. E essa percepção pode gerar mudanças nas atividades e atitudes dos futuros profissionais de saúde.

Este projeto possibilitou aos tutores a aproximação da academia com os serviços e suas particularidades, possibilitando o uso de estratégias de ensino baseadas na problematização da realidade. Além disso, viabilizou o desenvolvimento de pesquisas científicas que venham conhecer, avaliar e qualificar os serviços que estão envolvidos no projeto, beneficiando as comunidades assistidas.

A partir dos encontros mensais com todos os integrantes deste projeto PET - Saúde RAUE foi notório o ganho para os envolvidos, em termos de conhecimentos, visão crítica e analítica da realidade micro e macroregional, bem como o envolvimento com questões relacionadas à RAUE.

Desafios da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Estima-se que nas emergências hospitalares 90% da procura ocorrem por demanda espontânea, com média diária aproximada de atendimentos de adultos de 3.600 consultas e de 180 internações (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2014).

O atendimento qualificado às urgências/emergências requer a organização de sistemas locais de saúde que articulem os diferentes níveis de atenção. Nesse contexto, aspectos relativos à estrutura do sistema de saúde no tocante à atenção hospitalar, pré-hospitalar e de atenção básica favorecem ou dificultam a integralidade da atenção às urgências (AZEVEDO, et al. 2010).

No Brasil, os serviços de emergência sofrem o impacto da desorganização do sistema, se tornando o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde. A exemplo disso, podemos citar que um importante motivo de crítica tem sido a superlotação das emergências e seu impacto negativo para os usuários (O'DWYER, 2010).

Nesse cenário, é fato que tais aspectos são perceptíveis e discutidos por todos. Acadêmicos bolsistas, preceptores e tutores podem perceber, na prática, aspectos que são apontados por diferentes estudiosos. Um deles, é que as diferenças entre a lógica da população e do sistema de saúde determinam a utilização inadequada dos serviços, provocando graves distor-

ções das rotinas dos pronto-atendimentos e emergências hospitalares. Dentre essas distorções, podemos citar a sobrecarga de atendimentos, dos quais muitos poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde (AZEVEDO, et al. 2010).

O atendimento eficiente nas unidades básicas e o esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a real finalidade dos serviços de urgência e emergência são proposição para a resolução deste problema (LOVALHO, 2004).

Entre os desafios dos serviços na RAUE está a melhor organização de cada serviço como componente da rede e, para tanto, se faz necessário equipes com vocação e formação adequada, instituição de protocolos para abordagem inicial, incluindo triagem, aquisição e organização dos materiais necessários (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Contudo, o desafio de pensar essa organização é gigante, uma vez que a RAUE é formada por um sistema complexo de serviços com diferentes capacidades e vocações e um complexo conjunto de necessidades de usuários. Conhecer a realidade dos serviços e as demandas propicia ao gestor maior potencial de acerto no planejamento e organização da rede.

Entender a complexidade do sistema RAUE é um desafio para alunos, preceptores e tutores. No entanto, é consenso que a reestruturação de emergências hospitalares passa pelo adequado encaminhamento de urgências menores e pelo entendimento da população no que se refere à vocação de cada serviço. Para que as pessoas com situações de urgências que requerem menor densidade tecnológica possam ser atendidas na atenção primária, faz-se necessário implantar um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para que assim possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda nas unidades de urgência e emergência maiores (MENDES, 2009).

Considerações finais

O PET - Saúde RAUE, além de contribuir para a promoção da discussão entre os profissionais de diferentes serviços que compõem a rede de atenção às urgências e emergências do distrito Norte Eixo Baltazar do município de Porto Alegre, contribuiu para que os acadêmicos bolsistas vivenciem o trabalho em rede e possam propor projetos de intervenção que provoquem mudanças nos processos de trabalho, ou até mesmo, que possibilitem movimentos e articulações entre seus componentes.

Assim, o PET - Saúde RAUE, além de contribuir para o fortalecimento da atuação integrada dos diferentes serviços da rede, contribuiu para que os acadêmicos bolsistas vivenciem o trabalho em rede e as suas dificuldades. Além disso, oportuniza a formação de profissionais de saúde com conhecimento da realidade e como massa crítica para a formulação de diretrizes assistenciais e de um efetivo trabalho em rede.

Referências

ACHUTTI, A; AZAMBUJA, M.I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2004; 9(4): 833-40.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.** 2008; 61(1): 117-21.

AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2010; 12(4): 736-45.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2011; 07 jul.

BRASIL. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. **Diário Oficial da União** 2002; 05 nov.

CARNEIRO, J.A et al. Unimontes solidária: interação comunitária e prática médica com a extensão. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2011; 35 (2): 283-8.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. 2011; 37(15): 589-99.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prático interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21 (1): 256-65.

LOVALHO, A.F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo saúde**. 2004; 28(2):160-71.

MARQUES, A.J.S. **Rede de atenção à urgência e emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15(5): 2297-305.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, - Seção 1. 2010;

05 de março. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf>. Acesso em 03 de Abril de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90**. Legislação de Saúde. Brasília, 2011.

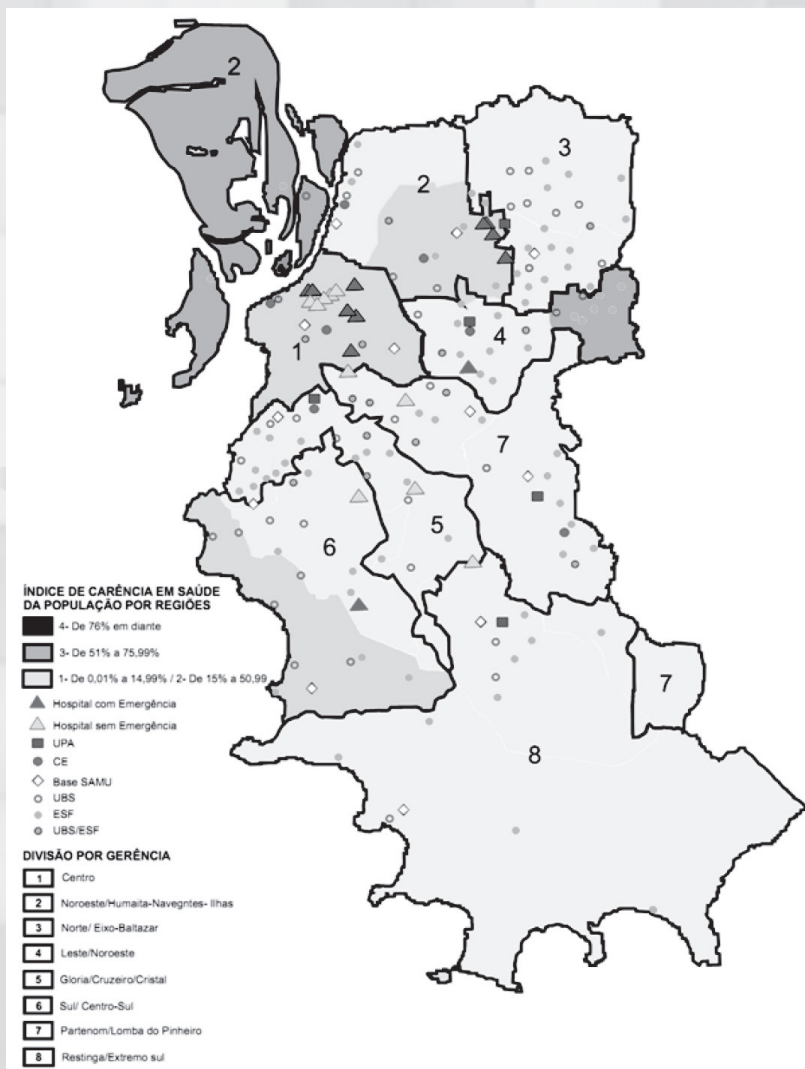
O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2010; 15(5): 2395-2404.

O'DWYER, G.O; OLIVEIRA, S.P; SETA, M.H. Evaluation of emergency services of the hospitals from the QualiSUS program. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009;14(5):1881-90.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – VITAIS. Porto Alegre, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. 344p.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 848 p.



Mapa da rede de atenção à saúde do município de Porto Alegre dividida por Gerência. Figura elaborada pelos alunos do Pet – Saúde RAUE.

Tabela 1 - População de Porto Alegre distribuída por Gerência Distrital de Saúde.

Gerência Distrital de Saúde	Total
1-Centro	278.297
2-Noroeste/Humaitá-Navegantes/Ilhas	183.482
3-Norte/Eixo Baltazar	188.845
4-Leste/Nordeste	152.037
5-Glória/Cruzeiro/Cristal	135.965
6-Sul/Centro-Sul	193.819
7-Partenon/Lomba do Pinheiro	181.322
8-Restinga/Extremo-Sul	95.584
Total	1.409.351

Fonte: IBGE – Censo 2010 / Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde / Secretaria Municipal de Saúde (CGVS/SMS).



PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Sobre os autores

Ailma De Souza Barbosa - Dentista. Especialista em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Cirurgiã Dentista da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, PB.

Alexander Quadros - Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Feevale (2005). Mestrado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2012). Especialista em Docência do Ensino Superior em Saúde (2007) e Especialização em Terapia Intensiva (2008).

Ana Cristina Freire Abud - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Professora Efetiva na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

André Faro - Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2008-2010). Professor do departamento de Psicologia e Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Andrea Regner - Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (1995), tem Doutorado em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela UFRGS (2000). Especialista em Clínica Médica e em Gestão da Clínica nas

Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde, com ênfase na linha de cuidado em Urgência-Emergência, pelo Hospital Sírio Libanês (2012).

Andreia Silva Ferreira - Residente de clínica médica do hospital Risoleta Tolentino Neves, formada em medicina pela Universidade de São João del Rei.

Brany Dardielle Silva Sampaio - Acadêmica de Odontologia.

Carine Raquel Blatt - Graduação em Farmácia (2002), Especialização Multiprofissional em Saúde da Família (2003), Mestrado (2005) e Doutorado no Programa de Pós-graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (2011)

Carla Cruz Santos - Enfermeira.

Carlos Alberto Quintão Rodrigues - Dentista. Mestre em CIÊNCIAS DA SAÚDE. Professor do Curso no Instituto de Ciências da Saúde.

Christina Mameluque Lúcio - Dentista. Dentista na Prefeitura de Montes Carlos.

Clarissa De Antoni - Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS, 2005), Mestre em Psicologia (UFRGS, 2000), Especialista em Psicologia Social, Graduação em Psicologia.

Claudia dos Anjos Neto Freitas - Acadêmica de Terapia Ocupacional.

Cláudia Regina Lima Duarte da Silva - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Professora na Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB).

Daniel Canavese de Oliveira - Odontólogo, Doutor em Ciências da Saúde, Professor da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Danilo Cangussu Mendes - Dentista. Pós-doutor em BIOLOGIA MOLECULAR. Professor na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Darielli Gindri Resta - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Professora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Deisi Maria Vargas - Médica. Doutora em MEDICINA E CIRURGIA.

Diego Da Silva Medeiros - Sociólogo. Mestrando em SAÚDE COLETIVA.

Dirley Lellis dos Santos Faria - Psicóloga. Mestra em PSICOLOGIA SOCIAL. Servidora em Betim, MG.

Douglas Francisco Kovaleski - Dentista. Doutor em SAÚDE COLETIVA. Professor Adjunto na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Eduardo Araujo Pinto - Enfermeiro. Mestre em ENFERMAGEM.

Eleonora Ramos de Oliveira Ribeiro - Médica. Doutora em MEDICINA. Professora Associada na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Emiliane Nogueira De Souza - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutorado em Ciências da Saúde: cardiologia e ciências cardiovasculares (UFRGS). Mestrado em Ciências da Saúde: cardiologia (IC/FUC).

Fernanda Sarturi - Enfermeira. Doutoranda em EDUCAÇÃO. Professora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Fernando Virgílio Albuquerque De Oliveira - Fisioterapeuta. Mestrando em SAÚDE COLETIVA.

Flávia Regina Ribeiro Cavalcanti Buffone - Terapeuta Ocupacional. Mestre em SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Professora Assistente Na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Francisca Alanny Araújo Rocha - Enfermeira. Mestre em SAÚDE DA FAMÍLIA. Professora no Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

Genesco Leonardo Souza Nunes – Enfermeiro pela Universidade Estadual de Montes Claros. Residente em Saúde da Família Pela Unimontes.

Gislaine Saurin - Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Especialização em Enfermagem em Emergência pela Centro Educacional São Camilo Sul(2006).

Glícia Mesquita Martiniano Mendonça - Enfermeira. Mestranda em CUIDADOS CLÍNICOS.

Handerson Silva Santos - Enfermeiro. Doutorando em ENFERMAGEM. Professor Assistente na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Igor Bittencourt Santos - Dentista. Especialista em MEDICINA SOCIAL.

José Fagny Fernandes Oliveira - Fonoaudiólogo.

José Lúcio Costa Ramos - Enfermeiro. Doutorando em SAÚDE PÚBLICA. Professor Assistente na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jussara Kelly Correia Santos - Assistente Social.

Karine Zorte - Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário Metodista (2007) e mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2011). Doutorado Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Karla Regina Lira - Acadêmica de Ciência Política.

Leidy Dayane Paiva De Abreu - Bióloga. Mestranda em CUIDADOS CLÍNICOS.

Lidiane Carmo Alves – Graduação em Enfermagem. Universidade Católica do Salvador.

Luana Possamai Menezes - Enfermeira. Doutoranda em SAÚDE COLETIVA. Professora na Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ).

Luciana Patrícia Zucco - Assistente Social. Doutora em CIÊNCIAS DA SAÚDE. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Luciana Vieira Muniz - Dentista. Mestra em BIOTECNOLOGIA EM SAÚDE. Cirurgiã-dentista do Hospital São João de Deus.

Luciane Coutinho de Azevedo Campanella - Educadora Física. Doutora em NEUROCIÊNCIAS. Professora Titular na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Luiz Fernando Martins e Silva - Acadêmico de Medicina.

Maiara Llarena Silva- Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba

Malena Gadelha Cavalcante - Farmacêutica. Mestra em CIÊNCIAS MÉDICAS.

Marcia de Freitas Oliveira - Dentista. Doutora em CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS. Professora na Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB).

Maria Adelane Monteiro Da Silva - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Coordenadora de Projeto na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro - Enfermeira. Mestre em CIÊNCIAS DA SAÚDE. Professora Adjunta na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Maria do Socorro Farias Santos - Pedagoga

Maria Emyllia Poleshuck Castelo Branco - Acadêmica de Terapia Ocupacional.

Maria Rita Lima Lopes - Dentista.

Marley Rosana Melo de Araújo - Psicóloga. Doutora em TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO. Professora Associada na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Matheus Dias Pereira - Psicólogo. Mestre em PESQUISA CLÍNICA E PSICANÁLISE. Psicólogo no Capsi Pequeno Hans.

Miriam Thais Guterres Dias - Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS.

Neires Alves De Freitas - Educadora Física. Mestranda em SAÚDE COLETIVA.

Nevoni Goretti Damo - Coordenadora de Comissão na Fundação Hospitalar de Blumenau (FHB).

Norma Carapiá Fagundes - Enfermeira. Doutora em EDUCAÇÃO. Professora Associada na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Patrícia Alves Paiva - Enfermeira. Mestranda em CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Patricia Pilatti

Ricardo Vianna Martins – Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. Doutor em Psicologia. Professor adjunto na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Rita Iara Moreira Do Nascimento

Rosy Iara Maciel de Azambuja Ribeiro - Bióloga. Doutora em PATOLOGIA. Professora na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

Silmara Nunes Andrade - Enfermeira. Doutoranda em CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFSJ

Susana Engelhard Nogueira - Psicóloga. Doutora em PSICOLOGIA SOCIAL. Professora no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).

Tatiane Araujo Santos – Enfermeira. Especialista em Medicina Social Mestre (2012) e doutoranda em Enfermagem pelo Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA. Docente assistente na Escola de Enfermagem da UFBA.

Tatiane Danielly Moreira Chaves - Acadêmica de Enfermagem.

Thamyres Queiroz Lima - Acadêmica de Enfermagem.

Vanessa Assis Valente - Psicóloga. Mestranda em PSICANÁLISE.

Verônica Santos Nunes - Acadêmica de Serviço Social.

Vicente Conrado Da Silva - Fisioterapeuta. Mestrando em CIÊNCIAS MÉDICO-CIRÚRGICAS.

Vilma Margarete Simão - Assistente Social. Doutora em POLÍTICA SOCIAL.

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante - Enfermeira. Especialista em GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Tutora da Residência Multiprofissional na Escola de Formação em saúde da família Visconde de Sabóia (EFSFVS).

Williane Santos Silva - Psicóloga.



