



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

# **INTEGRAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADES E SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE: EXPERIMENTAÇÕES E MEMÓRIAS DA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO**

**Organizadores:**  
**Alcindo Antônio Ferla**  
**Héider Aurélio Pinto**

editora  
  
redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Alcindo Antônio Ferla  
Heider Aurélio Pinto  
Organizadores**

**Integração entre universidade e sistemas locais de  
saúde: experimentações e memórias da educação  
pelo trabalho**

1ª Edição  
Porto Alegre - 2017  
Rede UNIDA

editora



redesunida

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

I61 Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho [recurso eletrônico] / Alcindo Antônio Ferla, Heider Aurélio Pinto, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.  
p. 372: il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 12)

ISBN: 978-85-66659-68-9  
DOI: 10.18310/9788566659689

1. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. 3. Educação em saúde. 4. Formação profissional – Saúde. 5. Atenção primária em saúde. 6. Pessoal de saúde – Formação. 7. Graduação – Saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Pinto, Heider Aurélio. III. Série.

CDU: 614:37  
NLM: WA18

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](http://www.redeunida.org.br)



**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  
**Àngel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha  
**Angelo Steffani** – Universidade de Bolonha, Itália  
**Ardigó Martino** – Universidade de Bolonha, Itália  
**Berta Paz Lorigo** – 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 Bøer 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 Kodjoaglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
**Vera Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil



## **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](http://www.redeunida.org.br)

#### **Coordenação Nacional da REDE UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### **Comissão Executiva Editorial**

Janaína 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

# Sumário

Apresentação . . . . .	2
I Integrando Universidade e Sistemas Locais de Saúde: Experimentações, Memórias e Produções da Educação pelo Trabalho . . . . .	4
Sessão 1:	
Experimentações e Percurso Formativo em Território. . . . .	21
PET - REDES de atenção de Parnaíba-PI: desafios da regionalização em localidades periféricas . . . . .	22
Pet-Redes de Atenção à Saúde em Lages: Construindo Novos Saberes e Práticas Interprofissionais . . . . .	44
Inserção do PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência em um Município de Pequeno Porte . . . . .	62
Educação Permanente em Vigilância em Saúde: formação política e reorientação de práticas em serviços . . . . .	78
Fortalecendo a saúde do trabalhador por meio da formação: Relato de experiência do Pró-Saúde/PET-Saúde. . . . .	104
Cuidando de quem Cuida: Contribuições do PET-Saúde na Realização de um Grupo de Cuidadores. . . . .	122
Contribuições do PET-Saúde na formação dos profissionais de nível superior na área da saúde . . . . .	144

Sessão 2:

Memórias e prática formativa no trabalho . . . . .	167
Graduação em caráter multidisciplinar: contribuições do ensino na Atenção Primária em Saúde. . . . .	168
PET-Saúde como instrumento da formação de alunos de Medicina e Enfermagem . . . . .	188
PET Vigilância em Saúde no cenário de uma Superintendência Regional de Saúde: relato de experiência . . . . .	204
Formação interprofissional no PET Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil . . . . .	222
Contribuição do Pró-Saúde e PET Saúde para formação de profissionais de saúde: o olhar dos docentes . . . . .	244
Reconstrução de saberes na experiência de formação em Educação Alimentar e Nutricional no Pró-Saúde . . . . .	266
O PRÓ-SAÚDE vai para a Escola: O Programa Saúde na Escola como cenário para formação interdisciplinar e intersetorial. . . . .	290
Oficina de Bonecos: Experiências de um Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde) . . . . .	312
Matriciamento em saúde mental na UBS tradicional: relato de experiência na cidade de São Paulo. . . . .	336
Sobre os autores: . . . . .	358



# Apresentação

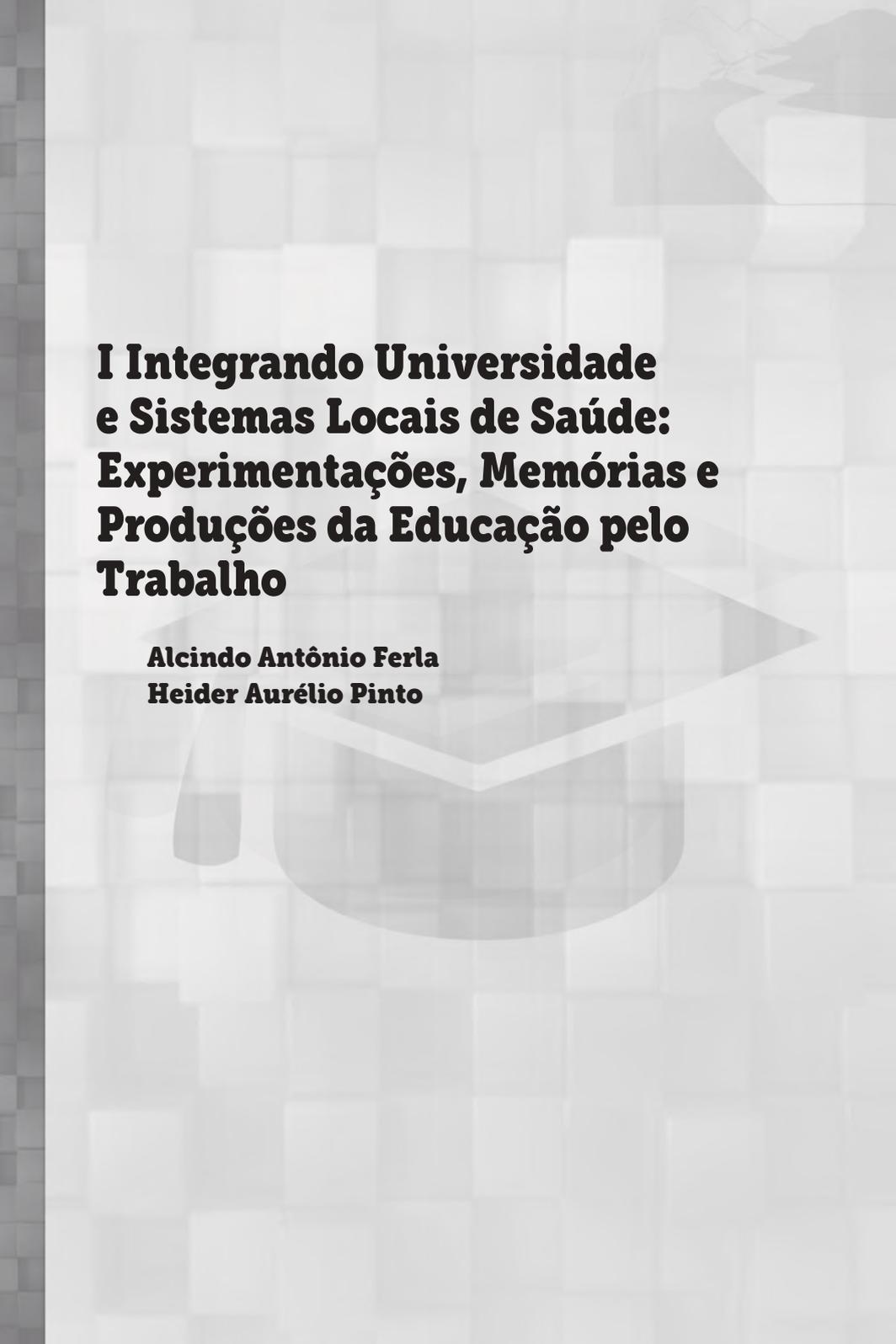
Os textos agrupados nesse livro foram originados numa iniciativa conjunta da Revista Interface e da Rede Unida que, por meio de uma chamada pública, convidou para submissão de manuscritos sobre experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Os programas foram iniciativa do Ministério da Saúde e implementados por instituições de ensino e demais instâncias do SUS, buscando maior integração entre a formação e o trabalho e o fomento de mudanças no ensino das profissões da saúde. A iniciativa buscava incentivar a produção de análises e compartilhamento de conhecimentos sobre a formação nas graduações em saúde nos cenários das redes e com trabalho em equipes. Foram submetidos quase 400 manuscritos, submetidos à avaliação por pares e, desses, 28 artigos compuseram o Suplemento da Revista Interface (Suplemento 1 de 2015). Mais 53 manuscritos foram aprovados para a publicação no que, originalmente, seria uma coletânea. Dado o número e a relevância dos textos aprovados, optou-se pela produção de quatro coletâneas temáticas, derivadas do tratamento analítico dos temas e abordagens metodológicas dos textos.

A iniciativa permitiu constatar a grande vitalidade na produção analítica das experiências do PET – Saúde e Pró-Saúde, apontando multiplicidade de olhares e de formas de interação

entre a formação e os sistemas locais de saúde. Sobretudo, apontou a potencialidade do encontro entre a formação e o trabalho no sistema de saúde, com efeitos na formação dos profissionais, na produção de conhecimentos e tecnologias e no desenvolvimento de práticas no interior dos serviços e na formação.

Nessa publicação estão 16 capítulos com experiências cuja centralidade é a interação entre a universidade e os sistemas locais de saúde, articulando experimentações e memórias da educação pelo trabalho, acrescidos por um capítulo no formato de ensaio teórico produzido pelos organizadores.

Os textos foram agrupados em duas sessões: “Experimentações e percurso formativo em território” e “Memórias e prática formativa no trabalho”. A leitura dos textos que compõe a coletânea permite refletir sobre questões práticas da integração entre as instituições de ensino e os sistemas locais de saúde em territórios vivos e serviços que operam em redes de atenção, constituindo visibilidade às inovações forjadas no cotidiano, mas também aos problemas constituídos pelas características históricas da formação. As temáticas mais frequentes nos textos, que têm uma diversidade de instituições e localizações, são aquelas em que se identifica maior dificuldade no cotidiano do trabalho, como a análise da situação de saúde em territórios de referência, a organização do trabalho em redes de serviços intermunicipais, o trabalho em pequenos municípios, a integração da vigilância em saúde nas redes locais, o trabalho colaborativo multiprofissional, a produção de metodologias de ensino a partir do território, a ação interdisciplinar e a complexidade da situação de saúde em territórios concretos, entre outros. Mais do que a denúncia do limite da racionalidade vigente, os textos apontam caminhos e sistematizam tecnologias para a mudança no ensino e o desenvolvimento do trabalho na saúde.



# **I Integrando Universidade e Sistemas Locais de Saúde: Experimentações, Memórias e Produções da Educação pelo Trabalho**

**Alcindo Antônio Ferla  
Heider Aurélio Pinto**

## Introdução

A integração entre a formação profissional e os sistemas de saúde não é novidade, uma vez que nasce com a formação em escala dos profissionais, já no final do Século XVII. Foucault (1989) registra que a formação e a produção de conhecimentos no modelo biomédico nascem no interior do hospital assistencial no final da Idade Média, juntamente com o processo de transformação do mesmo em equipamento de cura (“hospital médico”). Para o autor, a “formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas” (FOUCAULT, 1989, pág. 107). Nesse contexto, o hospital, que é o principal equipamento do sistema de saúde, passa a ser, também, lugar de produção e transmissão de saber e de formação. É o reconhecimento da complexidade dos fenômenos que produzem a saúde e a doença e a compreensão, ainda que parcial, das relações do território com a vida e a saúde das pessoas, que torna o saber e a formação no interior de um serviço, no caso o hospital, insuficientes para desenvolver as capacidades profissionais necessárias para a atuação no interior de sistemas e serviços de saúde.

Do final da Idade Média até os dias atuais, aumentou a compreensão sobre as relações entre a saúde e os modos de vida, entre políticas públicas e produção de qualidade de vida e saúde, foram produzidos diversos outros imaginários sobre o estar saudável e sobre o cuidado. Sobretudo, há uma enorme diversidade de serviços e pontos de atenção no que se denomina de sistemas de saúde, reivindicando capacidades profissionais diversas e conectadas não somente com o avanço do conhecimento e da tecnologia, mas também com capacidade de produzir sínteses entre demandas, necessidades e ofertas. Se o ensino da saúde em larga escala nasceu no interior de um

serviço, o hospital em seu processo de transformação, agora há uma enorme diversidade de modalidades de serviços e de conexões entre eles, cujo elo de integração é o trabalho, a ação dos profissionais nas diversas atuações. A própria designação de “hospital” inclui uma diversidade de formas organizativas e arranjos tecnoassistenciais que desafiam a aprendizagem e a tornam, necessariamente, parte do trabalho. Não é possível conceber a formação profissional em nossos dias, seja para a atuação no sistema de saúde contemporâneo, seja para as diferentes prospecções que são feitas, no interior de um equipamento assistencial ou mesmo no interior das instituições formadoras.

As novas disposições para a articulação entre ensino e sistemas de saúde, além de priorizar o contato com o cotidiano de redes e territórios, com a diversidade dos modos de ocupar o espaço e produzir saúdes, também se conecta com a produção de inovação nesses cotidianos, como se produzem os revezamentos e as redes de produção de saberes úteis para o trabalho. Não é suficiente propor uma relação entre formação e trabalho distante do que propõe a política do SUS para o ensino e o desenvolvimento do trabalho, ou seja, a educação permanente em saúde, quando esta opera como política e como modo de produzir a aprendizagem (CECCIM; FERLA, 2008), concebida como transversalidade entre os saberes e os fazeres no cotidiano. A educação permanente é aprendizagem no cotidiano do trabalho, voltada aos problemas do cotidiano, e é também aprendizagem significativa, que pertence às experiências e existências dos atores envolvidos.

A educação permanente em saúde tornou-se política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS) por decorrência da compreensão de que há mais complexidade na produção de saúde e na organização do sistema

de saúde do que os conhecimentos disciplinares das ciências e as formações especializadas das profissões. Articulações entre a formação e o trabalho tornam-se necessárias como política do SUS pela visibilidade das consequências da desarticulação entre o trabalho necessário no desenvolvimento do nosso sistema de saúde e as capacidades laborais dos seus atores do cotidiano. Um bom exemplo é a criação de serviços com modelagens tecnoassistenciais inovadoras, como na rede substitutiva de saúde mental, e a dificuldade de ocupá-los com processos de trabalho inovadores no cuidado; ou mesmo a incapacidade de escuta da participação social e reconfiguração dos processos de gestão a partir dela. Principalmente em tempos de restrições financeiras, onde as políticas sociais e a produção de cidadania são sempre consideradas parte do que pode ser reduzido, gerando, paradoxalmente, mais demandas para o sistema de saúde.

Com essa perspectiva, desde as atribuições do SUS definidas pela Constituição Federal, está o ordenamento da formação de trabalhadores para atuação no sistema de saúde, mesmo compartilhando essa responsabilidade com o Ministério da Educação e o sistema educacional como um todo. A prerrogativa legal de “ordenamento da formação de recursos humanos em saúde” (BRASIL, 1988) pelo setor da saúde inclui ações que envolvem a regulação, o apoio, o fomento, a manutenção e o direcionamento de políticas educacionais para o setor. Por ordenamento da formação, compreende-se o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, especialmente, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão educativa com abrangência aos ambientes de gestão e de atenção à saúde (CECCIM; FERLA, 2008). A educação é tanto uma importante “ação meio” - no sentido de estratégias empregadas para a

mudança das práticas, atitudes, olhares etc. – como uma “ação finalística” na saúde - incide sobre a cultura de saúde da população e dos trabalhadores, seja no cuidado, seja na gestão e na própria formação.

## **Políticas de Integração ensino/aprendizagem e o cotidiano dos sistemas de saúde**

A diretriz de integração entre o ensino e o trabalho no cotidiano dos sistemas de saúde não está apenas registrada nas políticas de saúde. Também algumas políticas no setor de educação para ordenamento da formação em saúde vêm sendo dedicadas ao provimento e fixação de profissionais. Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) são iniciativas relevantes desde a segunda metade do século passado. Particularmente a partir dos anos 2000, diversas iniciativas de indução a mudanças na formação das profissões da saúde foram desencadeadas conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde e com mobilização de entidades, entre as quais a Rede Unida (ALMEIDA, 2003). No final da década de 1990, foi produzido um movimento forte, envolvendo órgãos governamentais, associações de ensino, conselhos profissionais e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação para o debate sobre a formação em saúde, gerando a proposição de Diretrizes Curriculares Nacionais para substituir a estratégia anterior de definição de Currículos Mínimos para as profissões, considerados excessivamente duros e contextualmente inadequados para seguir orientando a formação. Essa iniciativa, formalizada pelo Conselho Nacional de Educação, deslocou o pensamento sobre a formação para as realidades locais, estimulando que as práticas de ensino fossem abertas às diversidades políticas, culturais e sociais e que os currículos fossem mais flexíveis, articulados com os sistemas de saúde, com a ideia do trabalho

em equipe e com a integralidade da atenção, induzindo novos modos de articulação entre instituições de ensino e o Sistema Único de Saúde (CHAVES, 2014). Para Chaves, essas mudanças abrem brechas para reconhecer a formação para além dos currículos planejados, estimulando propostas e práticas pedagógicas permeáveis a percursos de formação singulares e conectados fortemente com o trabalho no interior dos sistemas de saúde, “desde que professores e estudantes estejam, efetivamente, implicados na complexidade do ensinar e do aprender” (CHAVES, 2014, P. 330).

A partir das DCN, diversas iniciativas foram desencadeadas em conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde voltadas para a mudança na formação na saúde. Entre elas, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), lançado por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 610, de 23/03/2003, com o objetivo de incentivar transformações dos processos de formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços, por meio de inovações curriculares nos cursos de medicina reconhecidos e oferecidos por escolas credenciadas pelo MEC. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 03/11/2005, que teve por objetivo reorientar a formação nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia para oferecer à sociedade profissionais aptos a responder às necessidades da população e do SUS. O Pró-Saúde foi ampliado aos demais cursos da área da saúde em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26/11/2007. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, tem como ob-

jetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e constituir-se em dispositivo para qualificação dos profissionais de saúde e de iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes da área da saúde. O PET–Saúde foi alterado para abranger áreas estratégicas do SUS com editais temáticos, por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010.

A relevância da temática da educação e do trabalho produziu mudanças relevantes não apenas no conteúdo das políticas, mas também na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e em diversas estruturas de gestão estadual, municipal e em serviços, além de um conjunto de iniciativas para o fomento das mudanças. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inicialmente composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e, mais recentemente, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). O DEPREPS foi criado com o Programa Mais Médicos, ao tempo em que, no Ministério da Educação, foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde, no âmbito da Secretaria de Educação Superior (SESu). A reorientação das diversas iniciativas mais pontuais para o ordenamento da formação e do trabalho no Ministério da Saúde foi proposto pela Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (Brasil, 2004). O conceito orientador, nessa iniciativa, foi da Educação Permanente em Saúde, que opera como a política de educação e desenvolvimento e como disposição pedagógica para o aprender no/pelo trabalho e para a aprendizagem significativa (CECCIM; FERLA, 2008a). Especificamente em relação às iniciativas para os cursos de graduação, foi desenvolvido um conceito designado por “Aprender-SUS: o SUS e

os Cursos de Graduação na Área da Saúde”, que se compunha por uma “ética da interlocução cooperativa, participativa e aberta à inovação”, uma “estética do encontro” de instituições de ensino e serviços e produção viva de aprendizagens e por uma “política de apropriação/afirmação” do SUS, do trabalho em equipe e da integralidade (CECCIM, 2010, pág. 133-4). Entre as estratégias do AprenderSUS, foi implementada a iniciativa de Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que mobiliza diversas iniciativas em todo o Brasil, já tendo envolvido mais de 20 mil estudantes no período entre 2012 e 2016.

Dentre as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicadas em 2009, estão as ações de educação na saúde orientadas pela capacidade de oferta institucional regionalizada, com vistas à superação de desigualdades e considerando as especificidades das diferentes localidades (BRASIL, 2009). Estes conceitos são compartilhados pelas orientações políticas nacionais aos programas de Residência em Saúde. Entretanto, a definição de políticas não é condição automática para a mudança nas práticas e superação de obstáculos no cotidiano, fato que torna relevante o esforço de tornar visíveis as experiências que são desenvolvidas, como se faz nessa publicação.

### **Implementação de mudanças como desafio: a importância de tornar visível e analisar o cotidiano**

A implementação de mudanças sempre envolve uma *travessia* entre o visível/sabido e a fronteira da produção de outras alternativas para aprender e desenvolver o trabalho (CECCIM; FERLA, 2008). Aqui está o interesse predominante na análise que se faz das experiências de articulação entre

o ensino e o trabalho no interior dos sistemas de saúde locais: como organizam as travessias entre aprendizagem e trabalho, entre ensino e o fazer cotidiano dos serviços, como superam as distâncias entre as instituições e a fragmentação do fazer institucional. Esses modos de fazer, também são revezamentos do trabalho no cotidiano e os conflitos e dificuldades precisam ser vistos na dimensão micropolítica. Nessa dimensão é possível observar, por exemplo, a organização tecnológica do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias, inclusive de tecnologias leves, para superar os impasses do cotidiano (MERHY, 2014) e, entre outras questões, como se desenvolve o trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001), que é nó górdio do cuidado e da gestão. Tensões entre o fazer da gestão, do cuidado, da participação e da formação, que constituem o que a literatura denominou como “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), também se expressam e geram saídas que desenvolvem as práticas e produzem conhecimentos e tecnologias úteis, constituindo links construtivos entre a formação e o trabalho. Essas tensões estão na definição da mudança de lógica que se espera da atenção básica no cuidado e nas iniciativas de aproximação ensino e serviços, instituições formadoras e sistemas locais de saúde, que embasam as políticas para a formação nos últimos anos, fortemente reivindicadas pelo SUS, que necessita da mudança no cotidiano do trabalho para seguir seu caminho. Importante lembrar, como nos apresenta Madel Luz (1988), que a matriz do conhecimento que embasa os modos vigentes de formar e fazer saúde está colada num padrão de racionalidade que se distancia dessa expectativa e, portanto, há ousadia e inovação nessas iniciativas.

A tensão entre o ensino e o trabalho no interior dos sistemas e serviços é muito preciosa para pensar no desenvolvimento do ensino e do fazer nos serviços. Embora se trate igualmente

do trabalho (ensinar e gerir/cuidar), algumas reflexões sobre a teoria e prática permitem pensar nas características singulares de cada um desses trabalhos e da potência de sua articulação. Sobre essas questões da tensão entre teoria/prática, um diálogo entre Foucault e Deleuze (FOUCAULT, 1989) acerca do trabalho intelectual e das formas de poder, permite refletir mais profundamente sobre a temática. Deleuze fala da “caixa de ferramentas” como um repositório de conceitos e teorias para serem utilizadas, para que funcionem, em relações não de aplicação, mas de revezamento: “*Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou o momento ainda não chegou*” (Pág. 71). Diz-nos Deleuze que se não se refaz uma teoria, outras são feitas; que as relações “*teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias*” do que mera aplicação de uma sobre a outra. Teorias são sempre locais, relativas a um domínio específico, mas que podem ser aplicadas a outro domínio distinto, em relação de revezamento. Entretanto, “*desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente)*”. Teoria e prática constituem reciprocamente relações de revezamento de uma a outra: “*Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro*” (Pág. 69/70). Se há revezamentos, há potência recíproca de produzir mudanças. Por isso, fundamental compreender o trabalho no interior dos serviços e sistemas relevante para a formação profissional não apenas como escala de trabalho para fixar capacidades de domínio tecnológico, mas também como local de produção de conhecimentos úteis e oportunos, ou seja, de desenvolvimento de capacidades profissionais e do próprio trabalho.

Aqui foi inevitável lembrar da produção da Profa. Madel Luz, acerca da tradição emergente no campo da Saúde Coletiva de fazer criativamente o cotidiano dos sistemas locais de saúde e escrever sobre eles, colocando a experiência em movimentos para além das suas fronteiras, já utilizando como marcador analítico as tensões entre teoria e prática que constituem uma dimensão complexa do campo, conforme nos alerta Madel Luz (2009) para falar de sua vitalidade. Provavelmente, essa tensão tem uma escala diferenciada quando se trata da articulação entre trabalho e formação profissional no âmbito da atenção básica, seja pelas características complexas desse âmbito do sistema de saúde, seja pela expectativa de mudanças na modelagem tecnológica vigente do trabalho que está registrado na própria política.

A expectativa de que a mudança do modelo tecnoassistencial na atenção básica seja, de fato, capaz de provocar mudança no modelo de atenção vigente nos serviços e que estrutura, em grande medida, o trabalho realizado no seu interior, não se realizará se a complexidade do cotidiano do trabalho não tiver acolhida nos dispositivos inventados e reinventados para lograr essa mudança. O trabalho no interior dos serviços de saúde ainda está muito dependente dos saberes disciplinares da biomedicina, como nos indicou Foucault desde a transformação do hospital assistencial da idade média para o hospital médico moderno. Madel Luz (1988) nos apresentou ainda mais fartamente as evidências da compatibilidade do modelo de racionalidade científica moderna com o modelo de pensamento da biomedicina, identificando, inclusive, um discurso biomédico nos formuladores de políticas e nas instituições de gestão e, não acidentalmente, constituiu a categoria teórica das “instituições médicas” para designar a reprodução do discurso biomédico no conteúdo das políticas de saúde. O “modelo” da

biomedicina constrói pensamento, que sequestra a inovação; essa é exatamente a potência da sua vigência. O desafio para o cotidiano do fazer no interior dos serviços e instituições de formação é produzir verdadeiras máquinas de diversificação de pensamento, onde as vidas de cada mulher e de cada homem caibam com mais conforto.

## **A integração do ensino com as políticas de saúde como dispositivo para o avanço na implantação do SUS**

Identificar as concepções de aprendizagem e a relevância atribuída ao sistema de saúde (com sua diversidade de serviços e demais pontos de atenção) como “cenários” necessários à formação profissional, assim como perceber que não se trata de ocupar os serviços apenas para o desenvolvimento em escala das técnicas e procedimentos aprendidos no percurso pelos currículos das instituições de ensino não esgota o desafio de compreender e analisar o cotidiano da articulação entre ensino e serviço (aprendizagem & trabalho).

A literatura do campo da Análise de Política (*policy analysis*) nos alerta que é preciso considerar que a implementação não é apenas uma etapa linear que separa as metas e objetivos previstos no desenho de uma política pública aprovada e as mudanças no cotidiano na direção que ela aponta. Embora tenha limites como abordagem analítica, para compreender esse processo, vale recorrer à imagem clássica do “**ciclo** de políticas públicas” como processo não linear de elaboração e implementação que inclui algumas fases, como a formação de uma agenda, a formulação da política, a tomada de decisões, a implementação e a avaliação. A fase de implementação tem adquirido centralidade na literatura mais recente no campo da análise de políticas, mobilizada pelo crescente número de es-

tudos que mostram a distância entre os objetivos pretendidos e os resultados alcançados nas políticas (VAQUERO, 2007). Os “problemas” de implementação não são apenas “desvios de rota” da formulação. Na perspectiva atual, o ciclo das políticas é processual e “o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação” (MENICUCCI, 2006). Na fase de implementação, que tem elevado grau de autonomia em relação à fase de definição, os atores que têm interesses em relação à política, se põe em jogo novamente e podem interferir no percurso da implantação e, inclusive, na produção de diferenças substantivas em relação à concepção original. Abordagens mais recentes chamam inclusive a atenção para analisar a política que é produzida e reinventada naquele ponto no qual o agente governamental e/ou profissional mais descentralizado e capilarizado que atua em uma política pública encontra e se relaciona com a população beneficiária da mesma (LIPSKY, 2010). Nesse encontro também se implementam, formulam e reformulam políticas. Desse fato advém a importância de avaliar e monitorar de forma permanente a implementação, de tal forma que possa gerar subsídios à atuação dos diferentes atores que estão em cena.

Há uma diversidade de atores em cena no espaço da implementação das políticas de mudança no ensino das profissões da saúde. Também há diversidade de interesses que mobiliza esses atores e outros que interferem desde diferentes instâncias. As tensões que são produzidas no cotidiano da articulação entre o ensino e o sistema de saúde não são apenas desvios de rota; são reveladores da relevância atribuída pelos diferentes atores à formação e ao trabalho em saúde e ao que ele produz no cotidiano. Dessa forma, tornar visíveis as inovações produzidas no cotidiano, com os textos que são apresentados à leitura, também não é apenas um ato de erudição.

A intencionalidade aqui é clara: ao suscitar a reflexão sobre a prática e sua sistematização, a aposta é que a afirmação sobre a impossibilidade de fazer a mudança, muitas vezes utilizada como argumento político para sedar os movimentos criativos, perca potência. Mais do que isso, na medida em que os manuscritos são, em verdade, tecnologias disponíveis para o compartilhamento, a força de mudança se fortaleça.

### **Integrando instituições de ensino e sistemas locais de saúde: saberes locais**

Os manuscritos que compõem essa Coletânea agregam reflexões sobre desafios, efeitos e aprendizagens da aproximação entre a formação profissional em saúde e sua instituição de referência, a universidade, e os sistemas e serviços de saúde. Ao tomarem como objeto a reflexão sobre essa aproximação, afirmam-se no marco contemporâneo do debate sobre as relações entre formação e trabalho, qual seja o de que há perentencimento das instituições de ensino aos sistemas de saúde. Portanto, o que está em análise não é apenas o resultado pontual em termos da mudança na aprendizagem de um grupo de indivíduos ou o desenvolvimento de uma ou outra tecnologia para resolver problemas pontuais nos serviços.

O que está em questão são transformações nos modos de funcionamento das instituições e na organização da formação e do trabalho no interior dos serviços, com a invenção de transversalidades para a qualificação da formação e do trabalho. Os manuscritos remetem à ideia de que, ao rever relações fragmentadas e submetidas à hierarquia saber/fazer, há necessidade de educação permanente para qualificar os fazeres da aproximação, com resultados no desenvolvimento do trabalho de formação e de atenção/gestão/participação/formação nos serviços. A Coletânea é composta por duas sessões de experiências: uma

delas, “Experimentações e percurso formativo em território”, contém textos com questões mais gerais relacionadas à interface entre as instituições de ensino e os sistemas de saúde, a produção conjunta de percursos formativos para profissionais em formação e em serviço e o desenvolvimento de tecnologias para o fortalecimento da integração; outra sessão, “Memórias e prática formativa no trabalho”, contém textos com ênfase em questões relativas à aprendizagem compartilhada sobre a formação de redes, o reconhecimento de novos atores e pontos de atenção nos territórios, a produção de fluxos de atenção na flexão cotidiana do debate sobre a regionalização, a ampliação do escopo de atuação no cotidiano do trabalho.

A coletânea contribui para a reflexão dos desafios da integração universidade e sistema de saúde, tanto na dimensão do desenvolvimento do trabalho e qualificação do sistema, quanto na dimensão das mudanças na formação profissional na perspectiva das necessidades do SUS. Ao mesmo tempo, ilustra a relevância de políticas de educação e desenvolvimento do trabalho no SUS e de dispositivos de indução, que fomentam a esperança e o sonho, quer seja em tempos de políticas sociais fortalecidas, onde a cidadania reivindica movimento e ampliação, quer seja em tempos sombrios, onde a afirmação de iniciativas e direitos significa resistência e afirmação da vida.

Boa leitura a todos e todas. Que seja inspiradora para novos fazeres no trabalho de cuidar, de gerir, de ensinar e de participar!

## **Bibliografia**

ALMEIDA, Márcio (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 2008b, vol.6, no.3, p.443-456. ISSN 1981-7746. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 09/11/2016.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: sem ensino de graduação em Enfermagem. *Interface* (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.325-336. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0325.pdf>. Consulta em 09/11/2016.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

LIPSKY, M. *Street-level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude soc.* [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 72-87. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>.

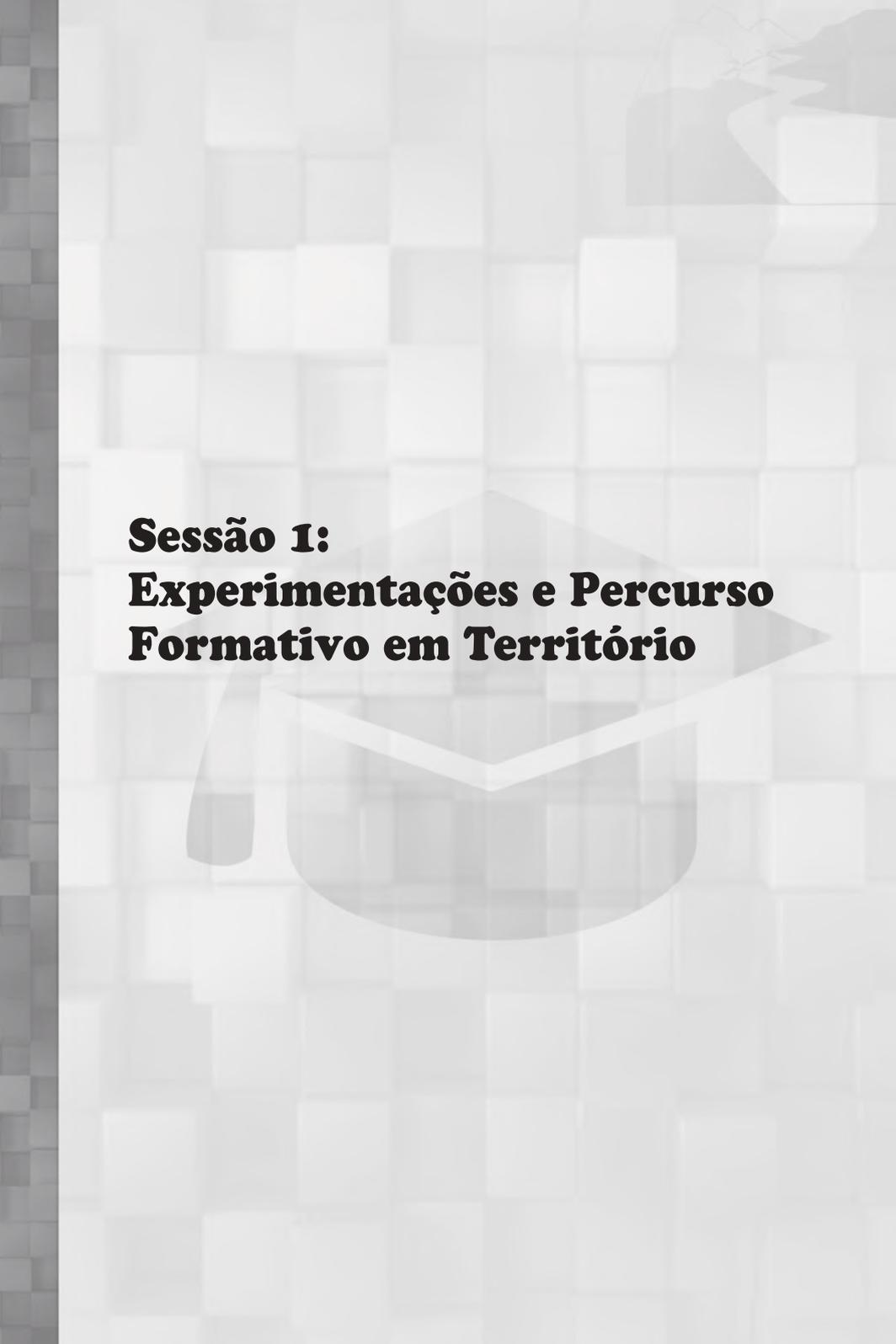
MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 4ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 2001; 35 (1): 103-9. Dispo-

nível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em 09/11/2016.

VAQUERO, B. R. La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, n. 16, 2007.





**Sessão 1:  
Experimentações e Percurso  
Formativo em Território**



# **PET - REDES de atenção de Parnaíba-PI: desafios da regionalização em localidades periféricas**

**Eugênia Bridget Gadelha Figueiredo**

**Joao Paulo Macedo**

**Ana Ester Maria Melo Moreira**

**Barbara Visciglia Minghini**

**Alessandra Tanuri Magalhães**

Com a implantação do SUS, muitas mudanças ocorreram no Setor Saúde. Ao longo desses 20 anos, presenciamos a expansão e interiorização da rede de serviços, antes centrados na alta complexidade e nos grandes centros urbanos, agora com ênfase na atenção primária em saúde/APS e em municípios cada vez mais periféricos. Por outro lado, ainda lidamos com fragilidades que põem em risco a legitimidade do SUS: falta de financiamento e investimentos na qualificação da gestão, da atenção, da formação e do controle social, e ainda a fragmentação e desarticulação da rede de cuidados e dos sistemas de saúde.

Para avançar nesse contexto, houve um esforço das esferas de governo, após o estabelecimento da NOAS pelo Ministério da Saúde (MS), em estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), mediante redes temáticas, ampliando o acesso e a qualidade da atenção. As redes temáticas devem ser organizadas a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas, por serem pontos nevrálgicos na saúde em todo o país: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero; e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Tais redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, e promoção e vigilância à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A RAS, portanto, tem como estratégia superar a fragmentação da atenção e da gestão, aperfeiçoando o funcionamento político-institucional do SUS através da formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, considerando a APS como porta de entrada e elemento articulador das redes de cuidado.

No Piauí, tal debate e as medidas de implantação acabaram retardadas pela centralização dos processos decisórios. Historicamente, conforme reporta Amorim (2004), observou-se no estado a manutenção de certa característica de neutralidade da Secretaria Estadual de Saúde frente ao processo de municipalização do sistema, e posteriormente, de regionalização das ações de saúde no território piauiense. Porém, quando o processo teve que ser deflagrado, por exigência da institucionalização da forma organizativa do SUS em todo o país (normas operacionais e portarias ministeriais), as instâncias gestoras do estado acabaram por imprimir uma atuação racionalizadora, sobressaindo-se nesse modelo uma regionalização muito mais pautada pela “lógica da desconcentração de recursos, serviços e atividades, do que à lógica da democratização e participação”.

Depois de aprovado, em 2003, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Saúde do Piauí estabeleceu 11 Regiões de Saúde, com base em recortes territoriais em grandes áreas que agregam a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. As ações e serviços devem ser organizados em cada área com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculadas, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Deste modo, o desenvolvimento da atenção primária da assistência e parte da média complexidade, assim

como as ações básicas de vigilância em saúde, devem ser garantidos em cada território de cada região de saúde.

Dentre as 11 Regionais localizadas no estado, daremos destaque para a Região da Planície Litorânea, que é composta além do município de Parnaíba (145.729 hab.), segundo maior do Piauí, por outros 10 municípios circunvizinhos, totalizando 265.247 habitantes, o equivalente a 9% da população piauiense (IBGE, 2012).

Parnaíba destaca-se na região pela intensa movimentação comercial, investimentos em infraestrutura e avanços no setor educacional, na saúde e área de negócios, além da vocação turística. No tocante a saúde, conta com uma rede diversificada de serviços, incluindo no setor público: 37 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 4 equipes de Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF); Programa de Saúde Bucal (PSB); Centro de Especialidades (CES); Centro de Especialidades Odontológico (CEO); Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – 24h (CAPS-AD 24H); Centro de Testagem e Aconselhamento – Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTAS-COAS); Pronto Socorro municipal; Serviço de Atendimento Móvel (SAMU); e Hospital Regional Dirceu Arcoverde. No setor privado conveniado e contratado com o SUS, conta ainda com Clínicas e Laboratórios particulares diversos, além de 37 estabelecimentos que compõem a rede de Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Saúde, sendo 3 hospitais filantrópicos e 27 privados (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA, 2013).

Pela importância regional que possui e pela forma organizativa que vem tomando sua rede de serviços, em 2011 Parnaíba passou a gestão plena do sistema, a fim de melhor gerenciar recursos e serviços. Como consequência, o setor tem passado por reformas, reestruturação e ampliação dos serviços, visando

maior articulação entre eles, como é o caso da ampliação dos equipamentos da APS, a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), a inclusão de novos profissionais de medicina, por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), além da instalação futura de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Tais ações fortalecem não apenas os demais municípios da Planície Litorânea, como também os municípios vizinhos dos estados do Ceará (Região do Litoral Oeste e da Serra da Ibiapaba) e Maranhão (Região do Delta, Alto do Mulinim e Lençóis Maranhenses), que têm Parnaíba como referência na assistência à Saúde.

Mais recentemente, Parnaíba aderiu ao Plano Regional da Rede Cegonha no território da Planície Litorânea, como estratégia para ampliar o acesso e as ações de cuidado à saúde da mulher e da criança, diminuindo os altos índices de mortalidade materno-infantil. Além disso, o município também tem avançado na Pactuação da RAPS com os outros 10 municípios da Regional. A fim de construir diretrizes e estratégias operacionais para ambas as Redes, Parnaíba tem pela frente o desafio de desenvolver a planificação e modelagem tanto da Rede Cegonha quanto da RAPS em seu território.

Atentos a este cenário de transformações que passa o município de Parnaíba nos últimos anos, compreendemos o lançamento do Edital do Programa de Educação Tutorial (PET) - Redes de Atenção à Saúde, pelo Ministério da Educação, em 2012, como um importante dispositivo para, de um lado, com os grupos de aprendizagem tutorial, contribuir com a modelagem e estruturação dessas duas Redes temáticas do município, com a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, ampliando o acesso e tornando o atendimento mais resolutivo; por outro, aproximar a formação dos profissionais da saúde

para as necessidades do SUS, tendo as vivências no cotidiano dos serviços, no âmbito da gestão e a participação e controle social como fonte de aprendizagem, produção de conhecimento, implicação ético-política e pesquisa.

Deste modo, apresentaremos neste artigo a proposta do PET – Redes de Atenção da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Parnaíba, discorrendo sobre a estrutura organizativa, princípios e bases metodológicas que têm orientado o trabalho dos grupos tutorais envolvidos, para em seguida explorarmos as experiências e reflexões iniciais que os atores envolvidos têm realizado nesse primeiro ano de execução do projeto.

### **PET – Redes de atenção de Parnaíba**

A proposta do PET no Campus de Parnaíba da UFPI nasceu da necessidade das ações de práticas de ensino e estágio do curso de Psicologia, bem como do Projeto de Extensão “Observatório em Saúde Coletiva”, envolvendo estudantes dos cursos de Psicologia e Fisioterapia. Tais atividades suscitaram não apenas professores e alunos a se aproximarem da realidade dos serviços, bem como estreitarem as relações com os profissionais, a população-usuária e a gestão, inclusive refletindo sobre os indicadores de saúde dos territórios adscritos dos cenários de práticas, desenvolvendo tecnologias de cuidado em saúde e de gestão do trabalho (acolhimento, clínica ampliada, projetos terapêuticos, matriciamento, rodas de co-gestão, visitas domiciliares e atividades coletivas), acompanhadas de rodas de educação permanente em saúde com as equipes.

Em função da realidade sanitária de Parnaíba, que passamos a conhecer de perto com as primeiras ações acima descritas, logo entendemos que, entre os maiores desafios da APS do município, estava o fortalecimento das ações voltadas para o campo da saúde da mulher e da atenção psicossocial em saúde

mental, com foco no enfrentamento ao crack e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ademais, apesar de as iniciativas outrora relatadas dos cursos de Psicologia e Fisioterapia da UFPI, bem como com a abertura de determinados serviços e setores da gestão municipal, tais ações ainda careciam de determinada institucionalidade para que ganhassem força como ações de integração ensino-serviço, com a clareza dos papéis e responsabilidades envolvidos, e a garantia de espaços de interseção e construção das formas de organizar e praticar saúde.

O PET – Redes de Atenção surge então como dispositivo-agenciador (MERHY; FRANCO, 2013) de encontros entre alunos, professores, profissionais, usuários, comunidade, serviços, saberes, protocolos, rotinas e problemas, etc., dando, portanto, certa materialidade ao plano de organização e institucionalidade para as ações que reclamávamos anteriormente; mas também potencializador de problematizações, críticas, experimentações, inovações da forma como se pensa, age, subjetiva e realiza a atuação e a formação em saúde.

Assim, consideramos que a implantação do PET poderia fazer avançar a integração ensino-serviço-comunidade no contexto de Parnaíba, produzindo efeitos positivos na formação de profissionais no campo da saúde, dos serviços, da gestão e também dos coletivos de controle social. Ainda no âmbito dos serviços e da gestão, poderia contribuir com o grande desafio que era o trabalho em rede e a garantia da continuidade do cuidado, favorecendo a modelagem de redes de atenção, especialmente no campo da atenção psicossocial e da saúde da mulher, haja vista a condição estratégica dessas redes para a assistência integral, com qualidade e resolutividade. Em concomitância, no âmbito acadêmico, apostávamos em seu potencial de aumentar a integração entre os cursos envolvidos, bem como a

pluralidade de cenários de práticas e de orientações teórico-pedagógicas, de acordo com as competências assinaladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Outrossim, também tínhamos em vista que a proposta possibilitaria inovações aos serviços envolvidos, a partir da interação entre estudantes, tutores e preceptores, fortalecendo processos de educação permanente que favorecessem a problematização e o aprimoramento de saberes e práticas no cotidiano, o que passa pela constante qualificação dos processos de trabalho.

Deste modo, Parnaíba foi contemplada na seleção pública do PET – Redes de Atenção com três grupos tutoriais, dois deles destinados a aproximação com a RAPS e um com a Rede Cegonha. Os grupos contemplam estudantes de fisioterapia e psicologia; professores da psicologia, fisioterapia e do curso de medicina; e profissionais da enfermagem, assistência social, nutrição, psicologia e educação física. Enquanto objetivo geral, a proposta pretende desenvolver ações integradas entre os Cursos de Psicologia, Fisioterapia e a rede de serviços da Secretaria de Saúde de Parnaíba, contribuindo com a qualificação das práticas de ensino, de atenção à saúde, de gestão e do controle social, bem como com a produção de conhecimentos e experiências tutoriais que fortalecessem as Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, no município.

Como desdobramentos, além de contribuir para a formação de docentes, discentes, trabalhadores e usuários do SUS na perspectiva do trabalho em rede e da continuidade e integralidade do cuidado, focamos na organização da Rede Cegonha e da RAPS do município, de modo a fortalecer a RAS da Região de Saúde da Planície Litorânea – cuja referência é Parnaíba, avaliando as ações da atenção obstétrica e neonatal do município, bem como de atenção psicossocial, sem esquecer das

redes comunitárias de cuidado localizadas nos territórios, e as possibilidades de pontos de diálogo entre as duas Redes com os casos que envolvem risco de sofrimento ou adoecimento psíquico de gestantes e crianças de 0-24 meses, devido a situações de vulnerabilidade, risco social, uso abusivo de álcool, crack e situações de violência. Além disso, também figurou entre os objetivos específicos fomentar espaços para reflexão sobre os currículos dos cursos de Psicologia e Fisioterapia (e demais cursos da área de saúde) do Campus Parnaíba da UFPI, promovendo debates sobre a formação em saúde.

Sobre os aspectos metodológicos da proposta, tomamos a concepção de educação de matriz sócio construtivista, com foco na autonomia e produção de leituras críticas da realidade. Tendo a abordagem pedagógica pautada pelos princípios da Educação Permanente em Saúde, cuja estratégia de trabalho é aproximar o mundo do trabalho com o mundo do ensino, através da aprendizagem significativa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Como estratégias educacionais utilizadas, pautamo-nos na educação tutorial, educação em serviço e o método da roda.

O método da roda consiste em um dispositivo que busca contemplar as dimensões organizativa, terapêutica e pedagógica. As rodas visam aprofundar a discussão teórico-prática da inserção dos atores no contexto das políticas de saúde, planejamento e gestão (CAMPOS, 2003), com ênfase nas Redes Cegonha e Atenção Psicossocial, delimitadas por temas organizados nas comunidades de aprendizagem de ordem ampliada e por equipes.

Assim, estruturamos, em termos operacionais, rodas ampliadas e de equipe. As primeiras foram dirigidas a todas as equipes e atores envolvidos no processo, e tiveram como comunidades de aprendizagem: a) inserção comunitária e análise

situacional do território e dos serviços; b) planificação de redes de cuidado de base comunitária e institucional; c) atenção primária em saúde e o trabalho em redes comunitárias e institucionais de outros níveis de atenção e setores de outras políticas, quando era o caso; d) sistema de governança da RAPS e da Rede Cegonha; por fim, e) pesquisa e avaliação qualitativa de redes e serviços de saúde. Quanto às rodas de equipe, estas eram específicas para os temas trabalhados, envolviam as equipes formadas por tutores, preceptores e alunos, e tinham como comunidades de aprendizagem, no caso da RAPS: a) a reforma psiquiátrica e atenção psicossocial; b) saúde mental na atenção básica em saúde; c) a RAPS, a gestão da clínica e tecnologias de cuidado no âmbito da saúde mental coletiva; d) urgência psiquiátrica e atenção à crise; f) uso abusivo de crack, álcool e outras drogas; e g) construção de indicadores; no caso da Rede Cegonha: a) Saúde materno-infantil; b) urgência obstétrica; c) rede Cegonha, gestão de redes comunitárias e institucionais; d) gravidez e uso de crack, álcool e outras drogas, e e) construção de indicadores.

O processo pedagógico foi estruturado de modo a estar alinhado ao desenvolvimento do processo de trabalho em serviço, acompanhado de abordagens de pesquisa no serviço, a partir da perspectiva da pesquisa-intervenção, de modo a não apenas gerar produtos acadêmicos para alunos professores e profissionais, mas ações de transformações nos serviços e construção de ferramentas para o auxílio das atividades de atenção e gestão demandadas.

### **Caminhos percorridos: conhecer, sentir e agir para transformar**

Considerando a perspectiva teórica, metodológica e o cenário acima descrito, o PET - Redes de Atenção iniciou suas

ações com o processo de inserção, na modalidade dos estágios de vivência, em toda a rede de serviços de saúde em Parnaíba. Aqui cabe uma digressão, quando falamos em inserção estamos nos referindo não apenas a “entrada” desses atores nos dispositivos, mas, principalmente, as possibilidades concretas de diálogo e trocas que marcaram a trajetória do PET em Parnaíba no apoio institucional e na promoção de processos formativos dos atores envolvidos. A proposta consistia em conhecer, sentir e atuar nesses cenários junto com os vários atores que por eles circularam.

Partimos da concepção de aprendizagem significativa, produzindo aproximações entre tutores, preceptores, estudantes e os cenários de prática para produzir conhecimentos e modos de ação integrados capazes de reverberar nos sujeitos e instituições e promover as mudanças necessárias. Neste sentido, nos propomos a conhecer os dispositivos que compõem a RAS identificando e analisando o modelo de gestão, os processos de trabalho, as tecnologias de cuidado, as abordagens terapêuticas, a capacidade instalada e processos de participação popular e controle social considerando os pontos da rede localizados no município. Para tanto, recorreremos a questionários, visitas técnicas, rodas de conversa, entrevistas narrativas e a observação participante que gerou diários de campo.

Sobre os instrumentos, os questionários foram estruturados a partir de perguntas, que levavam o respondente a um conjunto de respostas pré-codificadas, para tratar de temas explorados na etapa do mapeamento institucional, envolvendo os aspectos sócio econômicos e de saúde da população-usuária, participação comunitária, bem como sobre a realidade dos serviços, condições e organização dos processos de trabalho das equipes, e do trabalho em rede. As visitas técnicas tinham como objetivo realizar o reconhecimento dos serviços e dos

territórios adscritos, estreitando assim o vínculo, além de pactuar e formalizar as ações a serem desenvolvidos no PET. As rodas, anteriormente debatidas, em conjunto com as entrevistas narrativas e a observação participante, tinham o objetivo, cada uma ao seu modo, de obter informações e aproximarmos da realidade vivida dos territórios, dos serviços e dos espaços de gestão, a partir da fala livre dos participantes, por meio da conversação e relatos dos acontecimentos e vivências do cotidiano, de modo a explorar aspectos subjetivos do trabalho em saúde. No diário de campo eram registrados o máximo de detalhes possíveis sobre as atividades e ações realizadas, além das experiências, impressões pessoais, afetações, dúvidas, para posterior análise das implicações (MINAYO, 2006).

A análise desse material nos permitiu, neste primeiro momento, perceber fragilidades comuns às duas redes (Cegonha e RAPS), em parte, determinadas por uma cultura institucionalizada a partir de uma gestão centralizada, processos de trabalho fragmentados, e uma linha de produção de cuidado em saúde de base taylorista, portanto, com pouca permeabilidade a participação popular em saúde, historicamente atrelada às oligarquias locais.

Em Parnaíba, praticamente todos os dispositivos que se situam na média complexidade são conveniados, organizados por interesses particulares e grupos corporativos de profissionais de saúde que estiveram distante da organização dos pressupostos da Reforma Sanitária. Isso se constitui como um grande desafio para a constituição da RAS, entre outros aspectos, por se colocar numa arena de disputas de interesses que, com certeza, relegam ao segundo plano as necessidades de saúde da população.

A capacidade instalada do município não consegue atender as necessidades loco-regionais. A RAPS, por exemplo,

não conta com albergues, residências terapêuticas, centros de cultura e convivência, projetos e dispositivos de (re)inserção sócio comunitária. O trabalho de atenção psicossocial conta, efetivamente, com um CAPS II, um CAPS III Ad e um Centro de Especialidades em Saúde que têm a consulta individual e a prescrição de medicamentos como centralidade da tecnologia do cuidado e da abordagem terapêutica. A APS que deveria orientar a atenção se coloca distante desses usuários e suas famílias, não reconhecendo a RAPS como campo de ação. Os dois hospitais que deveriam prestar serviços a esses usuários, os negligenciam por acreditar que são de responsabilidade dos CAPS.

Levantamentos realizados pelo Projeto de Extensão “Observatório de Saúde Coletiva” e outros levantamentos no próprio PET apontam para medicalização indiscriminada, casos em que usuários fazem uso de medicamentos há mais de 10 anos sem passar por reavaliações; recorrente falta de diagnóstico dos casos identificados; reconhece-se que 11,2% dos familiares investigados desconhecem a finalidade da medicação que utilizam; 37,5% dos entrevistados não buscam apoio e suporte em saúde mental na comunidade; apenas 3,7% participam de grupos comunitários. Além disso, foram identificados 15 casos de cárcere privado nos contextos investigados, casos que atestam a fragilidade das ações de saúde mental na APS e em toda a rede. Acrescenta-se a isto o alto índice de suicídio no território do estado do Piauí.

Assim, a assistência à saúde mental no município de Parnaíba tem se caracterizado pelo vazio assistencial em relação a oferta de cuidados ao sofrimento psíquico convivendo de forma dicotômica com o modelo psiquiátrico tradicional de matriz manicomial (AMARANTE, 2010), que se caracteriza pela vigilância, tutela e controle, destituindo dos usuários dos

serviços sua autonomia na condução do processo terapêutico e reabilitação e reinserção psicossocial.

Considerando o contexto de Parnaíba, de forma geral, a organização do sistema municipal de saúde na cidade é muito recente e os dispositivos não operam de acordo com as exigências das Reformas Sanitária/Psiquiátrica. Foram, na verdade, criados por uma necessidade político normativa, conforme ocorrido na maior parte do estado (ROSA; CARVALHO; MACEDO, 2011), daí a urgência em promover nesses espaços processos formativos, nos moldes da Educação Permanente, com vistas a potencializar as transformações necessárias para que se reverta e promova mudanças: nos modelos de gestão centralizados e/ou reféns de interesses das oligarquias locais; nos processos de trabalho fragmentados, mecanizados e com sua composição técnica baseada somente em tecnologias duras e leve duras, com pouca autonomia dos usuários (MERHY; FRANCO, 2013); nos processos de participação, pois, tornou-se claramente visível que os serviços de saúde não têm atuado em prol do fortalecimento do protagonismo de usuário e familiares, tão caros à produção do cuidado em saúde, além de centralizarem suas práticas na esfera biomédica, tendo como principal abordagem terapêutica a medicalização.

Entretanto, esse processo também apontou potencialidades como os espaços de diálogo e intervenção abertos que apontam para estratégias de fortalecimento da APS como coordenadora/ordenadora da RAS, buscando reorientar o modelo de gestão e atenção e a potencialização de dispositivos de educação permanente em saúde, provocando aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho na produção de conhecimentos e práticas voltados para as necessidades da população e dos serviços. O estreitamento dos vínculos com a gestão municipal e a formação do grupo condutor local, com

a participação de atores das diversas secretarias e o conselho municipal de saúde, além de representantes dos grupos tutoriais, também é um elemento agregador de potência ao processo de desenvolvimento do PET.

Na RAPS, a proposta *“reinventando a roda em saúde mental”* buscou aproximar os atores da rede dos três níveis de atenção, incluindo os serviços de urgência e emergência, para promover a sensibilização e o debate sobre a atenção à saúde mental no município e região da Planície Litorânea. Em suas últimas edições centrou seu tema na articulação entre APS, CAPS e usuários, gerando demandas, como por exemplo, a qualificação da APS para atuar no campo psicossocial, a importância da construção de indicadores em saúde mental, que são inexistentes na realidade loco-regional, a humanização do cuidado e a articulação com o território, principalmente, para disparar processos de inserção comunitária e apoio social. Foram desenvolvidas ainda oficinas de matriciamento com as equipes do CAPS e atividades de educação permanente com os ACS's, que, através de estudos de caso, propiciaram vislumbrar os horizontes de atuação da APS no campo psicossocial no município.

Na Rede Cegonha, que se encontra mais bem aparelhada em termos de estrutura político-institucional e de atenção à saúde da mulher e da criança, também foi possível perceber que as ações de regulação do fluxo da rede estão centralizadas na gestão e existem vários equívocos no que se refere à atenção à gestante de alto risco, gerados pela disputa de interesses anteriormente citadas. Antes, na APS do município, as gestantes eram encaminhadas às maternidades e se perdiam entre os caminhos da rede. Depois de identificado tais distorções em termos de fluxo e contra fluxo, a partir da etapa de mapeamento institucional, a primeira ação foi pactuar com os pontos

da rede que as gestantes de alto risco fossem acompanhadas pelo Centro de Especialidades, após diagnóstico realizado pela APS.

Vários encontros foram realizados com a gestão e os trabalhadores para discutir os resultados do mapeamento. A conclusão foi unânime: descentralizar as ações e aparelhar a APS para o acompanhamento das gestantes e crianças, para proceder na ordenação do fluxo na RAS. Outro elemento, apontado pelas narrativas das usuárias, chamou a atenção: a violência obstétrica. São muitos os casos de relatos de sofrimento provocado pela ação dos profissionais de saúde no momento do parto. Observa-se, portanto, a necessidade de avançar em ações de humanização do parto no município, bem como o empoderamento dos usuários.

Assim, o processo de inserção, organizado a partir do mapeamento institucional/comunitário e pelas relações ensino-trabalho, foi fundamental para o planejamento pedagógico e operacional do PET – Redes de Atenção. A partir da realidade vivenciada e pelas demandas advindas do campo, foram organizados seminários, rodas, grupos de estudo e oficinas tentando responder, minimamente, ao desenvolvimento de um processo de produção de conhecimento e práticas voltados para a realidade local. Esses recursos além de contribuir para a formação dos atores envolvidos, (des)construindo paradigmas e territórios existenciais, bem como possibilitando novas formas de compreensão e ação no fazer-saber em saúde, também permitiram a compreensão de que a RAS, em Parnaíba, precisa legitimar a APS como ordenadora da rede. Ademais, os participantes envolvidos perceberam a importância de desenvolver encontros nos serviços centrados em dimensões de escuta sensível e outras ferramentas relacionais, que permitam a promoção do cuidado integral a saúde, princípio central à

planificação das redes de atenção, além de organizar seus processos de trabalho a partir das necessidades dos usuários.

Deriva-se dessa compreensão a proposta de focalizar as ações, no segundo ano de realização do PET, nos territórios da APS e da micropolítica cotidiano do trabalho, para construirmos, coletivamente, as linhas de cuidado que orientarão a planificação e modelagem das duas redes. Na RAPS a proposta é de construir linhas de cuidado voltadas para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), Transtornos Mentais Severos e Persistentes, e uso de álcool e outras drogas, integrando ações de promoção, prevenção e reabilitação nos três níveis de atenção e no tecido comunitário. Na Rede Cegonha, a proposta é delinear linhas de cuidado dirigidas às gestantes de risco habitual, risco intermediário e alto risco, garantindo o cuidado integral ao longo da gestação, parto e puerpério, também com fortalecimento da participação comunitária.

Do ponto de vista do processo ensino-aprendizagem, apesar dos (des)compassos institucionais (que envolvem agendas, questões relativas a gestão do ensino, as representações e papéis institucionais, dentre outros), temos presenciado um momento muito rico da aproximação ensino-serviço no que se refere ao desenvolvimento de novas posturas éticas, estéticas e políticas dos atores envolvidos (docentes, discentes e profissionais); posturas estas mais condizentes com os princípios do SUS e o desenvolvimento de competências gestadas nos encontros interprofissionais, que apontam para um campo comum, o campo da saúde coletiva, cuja noção central é a saúde como produção social.

Esse movimento tem provocado desdobramentos que já se concretizam em discussões para que os Núcleos Docentes Estruturantes dos cursos de graduação em saúde, no campus de Parnaíba, tenham a possibilidade de criação de uma disci-

plina comum, que contemple o eixo Trabalho em Saúde, além da construção de projetos de extensão e pesquisa que envolvam os cursos contemplados pelo Programa.

## **Considerações finais**

Neste primeiro ano de percurso do PET - Redes de Atenção, procuramos desenvolver ações de formação e intervenções nos cenários de prática que contribuíssem para a superação dos principais entraves à planificação e modelagem da RAPS e Rede Cegonha, a partir das situações-problema detectadas no processo de inserção dos atores do PET.

Vimos que, de maneira geral, a rede loco-regional ainda é muito frágil nas quatro dimensões do quadrilátero composto pelo ensino, atenção, gestão e participação popular/controle social. E de maneira singular, percebemos que as maiores dificuldades enfrentadas pela RAPS em Parnaíba são: a fragilidade das ações de atenção à saúde mental na APS; formação técnica-política deficitária dos profissionais; persistência de estigmas sociais ligados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas; fragilidade dos arranjos organizativos destinados ao suporte técnico-pedagógico dessas equipes por parte dos CAPS e NASF; dificuldades dos profissionais trabalharem na perspectiva da redução de danos; preocupante processo de fragmentação do trabalho e da produção do cuidado, bem como uma “ambulatorização” dos serviços e a completa ausência de indicadores neste campo da saúde.

Com relação a Rede Cegonha, a região ainda apresenta um índice considerável de mortalidade materno-infantil e neonatal, apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família (93% de cobertura) em termos quantitativos. Atribui-se a isso as condições de funcionamento da rede de serviços, que além de precária e insuficiente, ainda é marcada pela desarticulação

entre capacidade instalada e operacional, sendo que a grande maioria dos serviços existentes fazem parte da rede conveniada, e está centralizada em Parnaíba. Acentuando esses fatores, tem-se ainda uma incipiente formação dos trabalhadores na lógica do SUS, em suas três dimensões: política, cultural e tecnológica, o que dificulta a construção de articulações mais consistentes que balizem as estratégias e ações loco-regionais de redução dos índices de mortalidade materno-infantil. Os dados mais atuais disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Piauí indicam que em 2009 houve 83 casos de óbitos infantis-fetais, e em 2010 tal índice subiu para 89, com destaque para Parnaíba, que corresponde a 46% e 57%, respectivamente.

Consideramos, também, como entrave à operacionalização da Rede Cegonha as relações político-institucionais locais. Para que se atenda as corporações e interesses particulares, há toda uma pressão para que o financiamento seja destinado, em sua maior parte, ao setor privado, pois é o detentor do domínio da atenção hospitalar e ambulatorial especializada. Tal pressão, quase sempre, não leva em conta as necessidades de saúde da população, muito menos a oferta de serviços pelo setor público na média e alta complexidade. Somado a isto **é preciso combater situações de violência obstétrica.**

Na dimensão da formação é possível perceber alguns desafios relativos à gestão do ensino que compromete a participação mais efetiva de estudantes e professores, principalmente, pela dificuldade de se abrir para as inovações propostas nos cursos de graduação da saúde. É preciso superar a centralidade dos processos de ensino-aprendizagem no modelo flexneriano e não no modelo da integralidade do cuidado. A tradição do ensino conteudista, pautado pela primazia da tecnificação das relações e da fragmentação do olhar, ainda é hegemônico, o que só afasta a academia do cotidiano da vida e produz um fosso entre formação e atuação profissional no SUS.

Entretanto, reconhecemos a existência de processos e agenciamentos potentes para transformação desse cenário nas instituições, pessoas e grupos. O protagonismo docente, que desponta a partir das ações do programa e que potencializa as mudanças necessárias no ensino, já pode ser percebido entre os tutores e preceptores no percurso de desenvolvimento do programa, na academia e nos serviços. Isso tem provocado efeitos, embora que ainda restritos aos cenários de prática do PET, na organização do trabalho das equipes, na prática docente e na postura política em defesa do SUS.

Entre os discentes, o contato direto com o cotidiano dos serviços explicita o fosso entre a formação e o trabalho na saúde provocando inquietações e desterritorializando saberes, produzindo novas formas de aprendizagem que foge da tradição conteudista, técnico-normativa e fragmentada. A relação com a gestão municipal tem se fortalecido a cada dia e isso legitima o desenvolvimento do programa e tem permitido pactuações importantes para a planificação e modelagem das duas redes, bem como para os processos formativos dos trabalhadores.

Apesar dos enormes desafios pela frente, estamos cientes que este Programa já iniciou um processo de revisão de conhecimentos e práticas capazes de gerar uma *práxis* mais comprometida com a produção do cuidado integral à saúde e com um projeto de formação mais próximo daquilo que preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na Saúde. Estamos apostando na potência do encontro ensino-serviço na APS para construir novos cenários de um fazer-saber em Saúde no município de Parnaíba e na Região da Planície Litorânea capazes de superar as situações-limites e delinear novos horizontes no serviço, na academia e na vida das pessoas.

## Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.

AMORIM, A.M.M.N.E. **Limites e possibilidades de um planejamento descentralizado e participativo nas instâncias colegiadas de gestão do SUS – PIAUÍ** [tese]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 5ª Ed. São Paulo: HUCITEC; 2003.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. DF; 2012. Disponível em: <[www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)>. Acesso em 09 Set 2014.

MERHY, E; FRANCO, T.B. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2013.

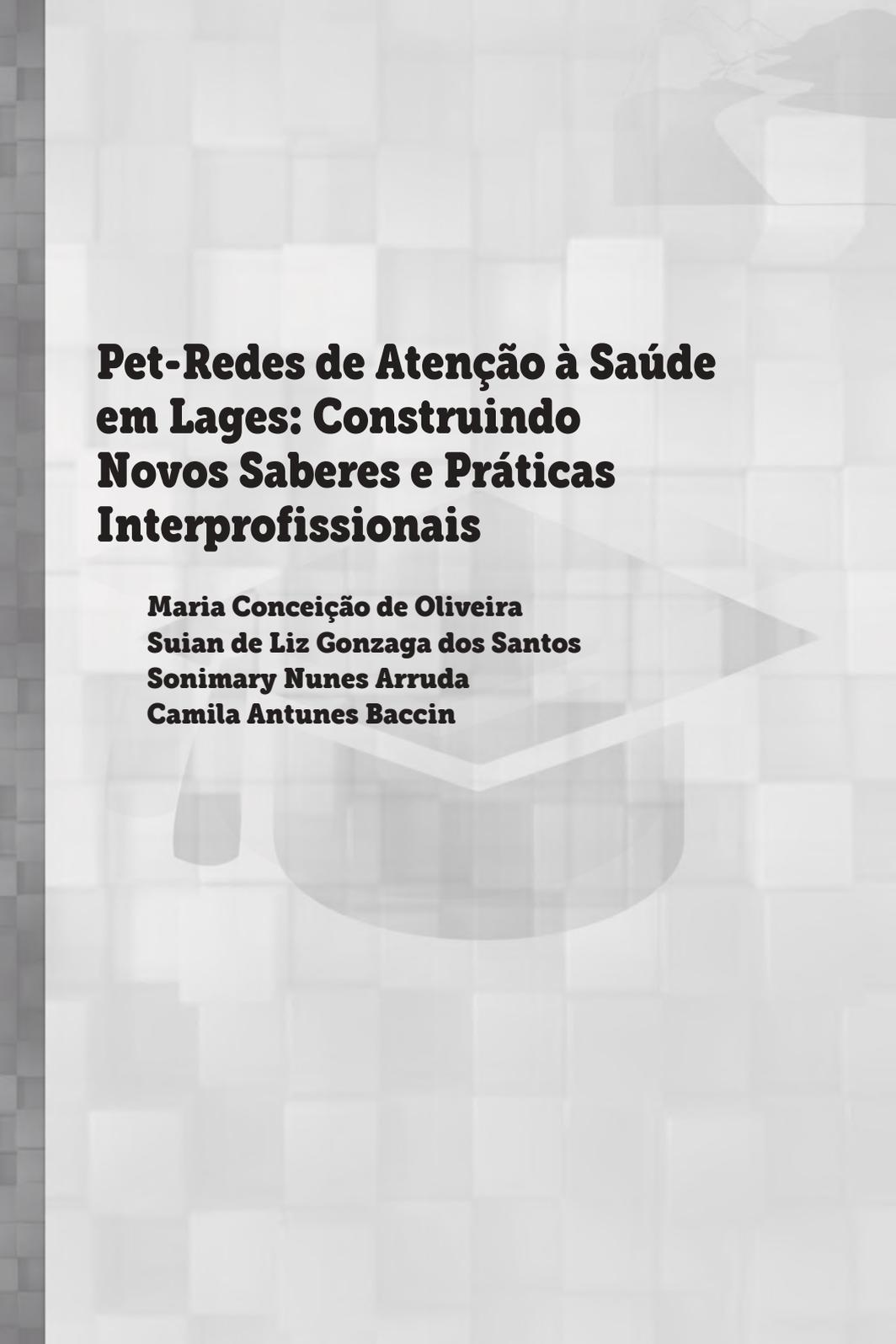
MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização do SUS: Regiões de Saúde, Planejamento Regional e Mapa da Saúde**. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/Arquivos/df.pdf>>. Acesso em 28 Nov 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA. Secretaria de Saúde. **Após quase 20 anos, Parnaíba assumiu definitivamente a Gestão Plena do SUS**. Parnaíba; 2013. Disponível em: <[www.parnaiba.pi.gov.br](http://www.parnaiba.pi.gov.br)>. Acesso em 09 Set 2014.

ROSA, L.C.S; CARVALHO, M.E; MACEDO, J.P. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI; 2011.





# **Pet-Redes de Atenção à Saúde em Lages: Construindo Novos Saberes e Práticas Interprofissionais**

**Maria Conceição de Oliveira  
Suiam de Liz Gonzaga dos Santos  
Sonimary Nunes Arruda  
Camila Antunes Baccin**

## **O Projeto Pet-Saúde Redes de Atenção em Lages – os primórdios**

O presente trabalho é um relato de experiência acerca da participação dos Cursos da Área da Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lages, no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde/Redes de Atenção do Ministério da Saúde. A proposta aqui descrita, em andamento desde agosto de 2013, intitula-se “Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no Município de Lages, S.C.”. Está centrada em dois pilares: a possibilidade de se efetivar a articulação e integração ensino-serviços-comunidade; e, ainda, a fundamental importância da colaboração interdisciplinar e multiprofissional num enfoque complexo da saúde individual e coletiva. Estaremos utilizando o termo “Projeto” para nos referirmos a esta proposta e “RAS” para rede de atenção à saúde.

O Projeto surgiu a partir do diálogo entre a UNIPLAC e a SMS, onde se evidenciou a necessidade da construção conjunta de abordagens e estratégias visando à consolidação das redes de atenção à saúde em Lages nas linhas de cuidados propostas por seus três grupos com ações e intervenções pautadas na capacitação profissional dirigida às necessidades sociais e às prioridades de saúde do País e que buscam a construção da integralidade no cuidado e na atenção à saúde. A experiência oportuniza para a Uniplac uma inovação na concretização da educação e prática interprofissional, para alcançar maior cooperação e integração entre as profissões que “aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente” (UNI-FESP, 2014), pautada e contando com os atores sociais dos territórios envolvidos. Além disso, amplia o diálogo e interface com os diversos serviços e profissionais da rede de saúde

de Lages. O significado principal é a transformação quanto ao aprendizado solidário e a experiência compartilhada.

Contemplando três grupos Pet – Rede Psicossocial, Rede Cegonha e Rede Urgência e Emergência (RUE) –, conta com a participação de quatro tutores, dezoito profissionais da saúde de diversos níveis da atenção: serviços de atenção básica – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) e Caps Infantil (Caps I), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviço pré-hospitalar, hospitalar e SAMU), trinta e seis estudantes bolsistas e em média oito estudantes voluntários dos cursos de biomedicina, educação física, enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia e serviço social. A partir de atividades de ensino, pesquisa, extensão e intervenção, numa construção conjunta dos participantes, o Projeto, a partir da vivência e do aprendizado na realidade de trabalho nos diferentes cenários em que se insere, propicia a utilização inovadora dos recursos institucionais com intervenções transformadoras e criativas.

## **A escolha dos Grupos e a importância do Pet Redes para a Região**

A reflexão acerca da escolha das linhas de cuidado do Pet RAS ocorreu focada na discussão sobre o processo do aprender/apreender a complexidade da saúde-doença-cuidados e das práticas concretas de saúde de técnicos, alunos e preceptores que atuam nos serviços. Outro aspecto discutido foi a questão dos vínculos necessários com a comunidade e decidiu-se que as linhas de cuidado deveriam pautar-se na busca de ações de saúde e estratégias responsivas aos problemas prioritários e que construam e fortaleçam as redes de atenção à saúde e consequentemente o SUS.

A escolha da Rede Psicossocial ocorreu pela necessidade de avançar na implementação da política de saúde mental em Lages, reconhecendo-se a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos CAPS como fundamentais para o fortalecimento da rede local de atenção e para o enfrentamento ao álcool, crack e outras drogas, para adultos, crianças e adolescentes. Em estudo recentemente realizado por pesquisadores da Uniplac sobre Avaliação da Rede de serviços públicos na assistência e no cuidado a usuários de crack em três municípios de Santa Catarina, Oliveira (2013) evidenciou o despreparo dos profissionais e a fragilidade da rede do município de Lages das UBS nesta linha de cuidado.

Quanto à Rede de Urgência e Emergência (RUE), o interesse em ingressar com o Projeto nesta linha de cuidado se deu pelo envolvimento dos proponentes nas discussões deste novo desenho para a gestão de saúde da urgência e emergência na região. Em relação às linhas de cuidado, enquanto inovações tecnológicas da RUE, a região da Serra Catarinense tem uma situação bastante instigante: enquanto o registro da mortalidade do AVC no país foi de 108 óbitos por 100 mil habitantes, esta região apresentou, no ano de 2013, 136 óbitos por 100 mil habitantes por doenças cerebrovasculares. Somente em Lages foram 92, segundo o DATASUS (2015), ainda que as doenças isquêmicas do coração, por sua vez, refletem uma mortalidade de 98 óbitos por 100 mil habitantes neste mesmo ano, sendo 58 registrados em Lages. O trauma, como a terceira linha de cuidado, após o AVC e o IAM, tem um cenário semelhante ao que se refere à morbimortalidade. A violência urbana vem se constituindo como um sério problema de saúde pública, emergências lotadas e leitos de UTI são insuficientes para atender o grande número de vítimas, em sua maioria jovens hígidos que quando se recuperam permanecem com sequelas incapacitantes.

Na escolha do Grupo Rede Cegonha ressalta-se que a região possui as maiores taxas de mortalidade infantil de Santa Catarina, sendo que, em Lages, segundo o Comitê Municipal de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal (CEPO-MIF), em 2014 houve um total de 37 óbitos infantis, com o coeficiente 15,38 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, sendo que 78% eram prematuros ou prematuros extremos. Reforça-se a premissa de que ações de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à mulher e à criança poderiam reverter especialmente as causas evitáveis, contribuindo para redução da mortalidade infantil.

A mortalidade infantil (MI) preocupa muito o panorama atual do setor saúde no país. Santa Catarina possui as menores taxas do Brasil, a região da Serra Catarinense possui as maiores taxas do Estado, sendo que Lages aproxima-se da média nacional que foi de 16,7 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2013. No caso de Lages, o CEPOMIF aponta os seguintes problemas: a. pouca valorização e investigação de queixas das gestantes - possivelmente relacionadas com a MI e fetal, ou seja, uma certa precariedade na qualidade do pré-natal; b. falta de comunicação entre os diversos níveis de atenção, ou seja, fragilidade do sistema de referência e contrarreferência; c. implantação da rede cegonha municipal ainda muito incipiente, especialmente no que se refere à infraestrutura de atendimento – a criação da casa de parto e da casa da gestante e puérpera ainda não se efetivou; d. como o município de Lages responde por uma ampla região, há falta de leitos de neonatologia geral e de UTI neonatal.

Almeida; Szwarcwald (2012) e Santos et al. (2010) afirmam que mudanças na conduta preventiva e assistencial após a identificação de mortes potencialmente evitáveis, além de subsidiar a reorganização dos serviços de assistência materno-infantil, pode contribuir para a redução dos custos sociais

e econômicos decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança. Desta forma, outra importante contribuição do PET Rede Cegonha está na participação da tutora acadêmica, preceptores e bolsistas na implantação dos comitês municipal e regional de mortalidade materna, infantil e fetal, iniciado no segundo semestre de 2014.

### **Aspectos exitosos do primeiro ano do Projeto**

O Projeto tem se pautado na consolidação da educação e prática interprofissional de acadêmicos e de técnicos dos serviços de saúde de diferentes formações como uma base sólida para a estruturação das RAS, enfatizando, conforme Aguilar; Scapin; Batista (2011), a importância do aprendizado contínuo e conjunto a partir da realidade de trabalho em saúde nos diferentes cenários. Alguns dos objetivos almejados têm sido progressivamente alcançados, merecendo destaque neste breve relato três aspectos: o Projeto tem promovido o aprimoramento da formação e da prática profissional solidária, contribui na construção e fortalecimento das redes de atenção à saúde em Lages, com o desenvolvimento de atividades de educação permanente e popular em saúde, com matriciamento de equipes e atividades junto à comunidade, que tem sido realizadas pelos três grupos em diversos contextos e serviços da rede de saúde e de educação de Lages. O segundo aspecto se pauta na concretização que o Projeto proporciona acerca da experiência-vivência concreta da formação interprofissional. A centralidade da interprofissionalidade, além de servir como guia para a interação de estudantes e profissionais dos serviços de saúde, alcança a comunidade, ampliando o escopo de intervenção propositiva sobre a realidade local e regional. O terceiro aspecto é de ter sido oportunizada aos membros do Projeto a possibilidade de elaboração de projetos de pesquisa, a partir

das situações e problemas de saúde significativos e relevantes no cotidiano de suas práticas, oferecendo-lhes condições concretas de investigação, análise, interpretação e intervenção sobre os mesmos, além do compromisso ético-científico de sua divulgação em eventos regionais, nacionais e internacionais.

A possibilidade de promover a formação de profissionais sintonizados com a necessidade do trabalho interdisciplinar, visando a melhoria das redes de atenção à saúde do município de Lages, tendo em vista a integração e qualificação das equipes e/ou estudantes, visando melhor utilização dos recursos institucionais e do território envolvido por si só, já implica em uma experiência exitosa do PET e o Projeto aqui descrito é um exemplar disso.

### **Participação em eventos científicos regionais, nacionais e internacionais**

Dentre as atividades que foram construídas e efetivadas neste primeiro ano de atuação do Pet RAS em Lages, a apresentação de trabalhos em eventos científicos regionais, nacionais e internacionais possibilitou aos seus integrantes a oportunidade de compartilhar junto à comunidade científica seus projetos de pesquisa e extensão e vem incentivando a produção não somente acadêmica, mas a efetiva participação dos serviços devido ao expressivo envolvimento das equipes de saúde nos quais o programa se insere. Diante dos trabalhos apresentados, oportunizaram-se diversas discussões que deram seguimento a outros projetos de pesquisa e extensão que estão sendo implementados no ano de 2014.

O exercício interdisciplinar e multiprofissional de produção científica oportunizado aos integrantes do PET RAS corrobora para uma importante discussão na transformação dos currículos dos cursos envolvidos. A produção científica deixa

de ser isolada e quase que exclusiva para disciplinas específicas de pesquisa, metodologia ou trabalhos de conclusão de curso para dar espaço a profundas reflexões coletivas de vivências onde a aprendizagem significativa torna-se importante subsídio para a construção da ciência. Diversos dos projetos de pesquisa e extensão em andamento terão recortes que resultarão em artigos e relatos de experiência que serão apresentados como requisito parcial de aprovação em disciplinas dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina e Residência Multiprofissional da UNIPLAC.

Além da elaboração e apresentação de trabalhos científicos em eventos, os três grupos do PET RAS participaram efetivamente do processo de organização de eventos promovidos junto à UNIPLAC e instituições parceiras, fortalecendo a importância da participação acadêmica e despertando em seus integrantes a responsabilidade e o impacto positivo que tais eventos trazem não somente para as entidades promotoras, mas para toda a comunidade.

Dentre alguns eventos organizados pelo PET RAS, destacamos: I Simpósio Municipal sobre Tabagismo; I Seminário Catarinense sobre Dependências Químicas e Encontro para o fortalecimento da Atenção Básica na Serra Catarinense.

### **Educação Permanente e Educação Popular – atividades de matriciamento no Projeto**

O Projeto Pet RAS tem contribuído e estruturado atividades de educação permanente (EP) e de educação popular junto às equipes e comunidades. A educação permanente no Brasil iniciou formalmente em 2004, tendo avançado com a promulgação da Portaria GM/MS nº 1996<sup>8</sup> de 20 de agosto de 2007, que dispôs sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde.

A partir daí novas políticas públicas foram propostas e corroboram com a consolidação da EP no Brasil, sendo que uma delas merece destaque neste trabalho: a Política Nacional de Educação Popular (EPop) em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-Sus), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.761<sup>º</sup>, de 19 de novembro de 2013.

Diante da necessidade de proporcionar a EP e EPop nos serviços de saúde, o Projeto norteou algumas de suas ações baseando-se nas diretrizes propostas por ambas as Portarias, estas duas importantes políticas públicas, tendo duas grandes ações de matriciamento intimamente relacionadas a estas políticas públicas. Matriciamento ou apoio matricial é um “novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O primeiro deles foi proposto pelo grupo Pet Rede Psicossocial e intitula-se “Matriciamento em Saúde Mental: uma Construção Coletiva - no município de Lages”. Estudantes bolsistas juntamente com seus preceptores têm a possibilidade de inserção e intervenção no universo do trabalho interprofissional, articulando conhecimentos teóricos com as estratégias práticas de fazer saúde. Nessa perspectiva, as atividades de campo contemplam o matriciamento no seu desenvolvimento junto às duas equipes envolvidas no Projeto e com o acompanhando o NASF.

As reuniões são realizadas com a presença de toda equipe ESF – e com a equipe de NASF - Psicólogas, Assistente Social, Nutricionista e Profissional de Educação Física, duas preceptoras Pet e bolsistas Pet – cursos de Enfermagem, Bio-medicina, Psicologia e Serviço Social. Os bolsistas do Pet foram inseridos nas reuniões de matriciamento desde outubro de 2013 e vem acompanhando as reuniões semanalmente.

Nas reuniões de apoio matricial são discutidos casos que emergem da vivência dos profissionais da equipe da unidade de saúde com a construção coletiva de estratégias que tragam retorno para a possibilidade de resolução de problemas. A EP é um caminho possível para se construir um novo olhar sobre a saúde mental. Salienta-se, a partir do Guia de Matriciamento em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), que “a educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento, com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados”. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à “promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta caminhada de matriciamento em saúde mental possibilitou que fosse implementado nas UBS, a partir de março de 2014, a realização de visitas domiciliares aos pacientes do Caps AD que pertencem às suas áreas de abrangência, possibilitando às equipes de saúde a construção de vínculo mais estreito com o usuário, além de integrar as informações do usuário entre UBS e Caps AD, contribuindo para a consolidação das RAS. A partir destas visitas são trazidas situações específicas da saúde mental para compor os encontros de matriciamento.

Em algumas reuniões de matriciamento também são discutidas ações em saúde para as comunidades e para escolas dos bairros, todas sempre voltadas para a temática em saúde mental. O entendimento acerca da capacidade transformadora dos serviços que realizam atividades de matriciamento tem guiado novas atividades de EP, sendo que nos próximos meses (outubro e novembro) serão realizados encontros junto às duas

equipes de saúde da família com a temática de Saúde Mental. Isto demonstra a permanente circularidade entre as atividades, motivadas pela reflexão crítica das equipes acerca de suas lacunas e necessidades e de aprimoramento.

Ao fazer esta interlocução entre a EP com o matriciamento, percebemos que ambos trabalham em prol da construção coletiva dos saberes e fazeres em saúde mental.

As conquistas até agora atingidas nessa caminhada nos possibilitaram essa conjunção acima descrita, pois conseguimos, através do matriciamento, construir o Projeto Terapêutico Singular e pactuar com os usuários o autocuidado apoiado, ampliar a clínica no tratamento de muitos usuários, fazê-los retornar ao tratamento no Caps AD e inseri-los em grupos de saúde na comunidade (como o grupo de Tabagismo conduzido nas UBS onde atua).

O segundo projeto em desenvolvimento foi proposto a partir de pesquisa realizada pelo Grupo Rede Cegonha com base na investigação de óbitos infantis no município de Lages, SC. Constatou-se a urgente necessidade de rever todo o sistema de atenção à gestante, recém-nascido e criança de até 2 anos, com o intuito de reverter os dados de mortalidade infantil do município, bem como de toda a região serrana, uma vez que as características demográficas e sócio econômicas são bastante semelhantes nestes municípios.

Face a esta realidade e diante de tantas outras reflexões, surgiu a proposta de um projeto de matriciamento pelo Grupo Pet Rede Cegonha, que aprovou em maio de 2014 um Projeto de Extensão Permanente na Uniplac – intitulado: “Educação Permanente para Humanização da Gestação e Nascimento”. O projeto propõe ações de reflexão, discussão e ressignificação de conceitos e, ainda, na perspectiva de que isto aconteça de

forma sistemática dentro dos serviços de saúde nos quais o Pet Rede Cegonha está inserido.

A forma como o Pet Rede Cegonha desenvolve as atividades nos diferentes cenários está voltada para ações de atenção e cuidado à comunidade, bem como a participação efetiva dos estudantes na realidade local; desta forma, acredita-se que a proposta do projeto de Extensão Permanente sirva de alicerce para mudanças curriculares nos cursos de saúde ao propor uma transformação das práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo tanto dos profissionais da saúde, quanto dos usuários das comunidades envolvidas, numa construção conjunta da humanização nesta linha do cuidado.

Entendemos que para que haja de fato a construção de um projeto democrático e popular de atenção à gestante e sua família, é fundamental que os profissionais que atendem este público estejam de fato preparados para as reais demandas que a acompanham na ocasião do atendimento, seja ele na atenção básica ou hospitalar.

Destaca-se a relevância social da proposta, no que diz respeito a privilegiar a promoção e proteção da saúde materna como principal estratégia de proteção à saúde da criança, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil através de ações de educação permanente com profissionais de quatro UBS de Lages.

O Projeto de extensão ainda está em fase inicial de execução e já firma sua relevância diante do reconhecimento por parte da SMS, que solicitou ao grupo a organização de um seminário direcionado a todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município com o propósito de capacitá-los para captação precoce da gestante, adequação de informações voltadas para os cuidados à gestante, puérpera e recém nasci-

do, estratégias de enfrentamento da mortalidade infantil, inclusão do pré-natal odontológico na rotina de acompanhamento da gestante, informações básicas sobre manejo do aleitamento materno e dicas para identificar sinais e sintomas do trabalho de parto. Este seminário aconteceu no mês de setembro e capacitou cerca de 300 ACS.

O ACS é um forte elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e a estes profissionais devem ser oportunizadas ações de educação permanente voltadas à sua formação, como sujeito central do processo.

Outro aspecto refere-se à aproximação entre os diferentes serviços da rede de atenção que acompanham a gestante e o recém-nascido. Diante da troca de experiências nos diferentes momentos em que o projeto de extensão acontece, os assuntos abordados proporcionam a integração de diferentes profissionais fora de seu espaço de trabalho, fato que desperta entre os sujeitos o olhar crítico-reflexivo diante das diversidades e particularidades de cada serviço, culminando para uma discussão coletiva onde soluções começam a ser delineadas em um caminho de construção solidária baseada em realidades e possibilidades. Podemos exemplificar este aspecto com a criação de um sistema de marcação de consulta puerperal e pediátrica, onde a puérpera recebe alta da maternidade com consulta garantida na UBS a qual está cadastrada para no máximo sete dias após o parto.

## **O Pet e a construção da Rede de Urgência e Emergência em Lages**

O Pet surgiu num momento oportuno para a região do Planalto Catarinense, em que todos discutiam a implementação das redes de urgência e emergência. Atividades de intervenção como projetos de extensão foram emblemáticos e resultaram em inves-

tigação e evidências. Bolsistas do curso de medicina realizaram um projeto de extensão para promover melhor compreensão acerca do uso consciencioso deste serviço. Junto à comunidade entenderam que ali havia sim um grande número de chamados por queixas relacionadas a cardiovasculares. Tal constatação resultou num estudo observacional que avaliou “O tempo resposta durante a assistência prestada aos pacientes de IAM” – que está sendo desenvolvido atualmente no Pronto Atendimento Municipal, na emergência e na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Referência na RUE.

O segundo avaliou as “Quedas em idosos e seus fatores associados - um estudo transversal”, que resultou em uma proposta de intervenção para 2015, na qual o bairro que trouxe a evidência participará de um projeto piloto aprovado na Câmara de Vereadores nomeado como “*Santa Helena – O Bairro Amigo do Idoso*”.

O terceiro, realizado na porta de entrada RUE, em fase de conclusão, trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória sobre a implantação de um instrumento informatizado para organizar a implantação da classificação de risco de pacientes na emergência do HNRP. Salienta-se que estas três pesquisas foram o trabalho de conclusão de curso dos acadêmicos de enfermagem em 2014.

O grupo conta com outros três projetos (um de pesquisa e dois de extensão), realizados por bolsistas voluntários que se dedicam a implementar e avaliar as ações de Suporte Básico de Vida junto a alunos do Ensino Fundamental e Médio de escolas públicas da região, e para isso entenderam ser imprescindível articular-se com o Programa Saúde na Escola e o Projeto Educa SAMU. Este último Projeto ocorre semanalmente e intitula-se “Resignificando a utilização do SAMU no município de Lages pelos usuários de uma Unidade de Saúde”.

Vale destacar outras atividades desenvolvidas pelo PET RUE e, ao entendimento do grupo, a mais exitosa foi a criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar- NAQH, conduzida pelo tutor e preceptores que atuam na porta de entrada do HNOSP. Após visita a Lages, da apoiadora da RUE em Santa Catarina, ficou clara a urgente necessidade desse núcleo para efetivar as diretrizes trazidas nos textos constitucionais. As ações desenvolvidas deram conta de discutir as diretrizes clínicas para a implantação das linhas de cuidado prioritárias. Ressalta-se aqui que todo esse movimento foi capitaneado com grande maestria pelo grupo PET RUE.

### **Atividades de Pesquisa – um processo de construção colaborativo**

Ressalta-se que além das pesquisas propostas por cada um dos três grupos Pet, houve aprovação em editais específicos de Projetos de Pesquisa propostos pela coordenação do Projeto e que são confluentes e corroboram com as linhas de cuidados dos três grupos – sendo dois contemplados com bolsa PIBIC em 2013 e um com Bolsa do Artigo 171. O primeiro, confluyente ao grupo Pet RUE, com Bolsista do Curso de Biomedicina, “Fortalecimento das redes de atenção à saúde no município de Lages – SC: atuação do biomédico na rede de urgência e emergência”, especificamente visando colaborar com o grupo PET RUE, no sentido de contribuir para a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Lages a partir da identificação da prevalência de agravos presentes na RUE, com ênfase nos episódios de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e trauma. Há que destacar ainda que o grupo Pet RUE teve aprovação junto à FAPESC de um projeto nomeado como “Laboratório de Inovação para o Enfrentamento do AVC na Serra Catarinense”. Tal projeto captou recursos para

estruturar um laboratório de inovação com apoio da tecnologia de informação na porta de entrada da RUE, a emergência do HNRP. O objetivo principal é utilizar recursos de vídeo e web conferência possibilitando a contrarreferência dos pacientes acometidos pelo AVC, garantindo desse modo a longitudinalidade do cuidado.

O terceiro projeto de pesquisa aprovado, em 2014, irá contribuir com o Grupo Pet Rede Cegonha intitulado “Gravidez na adolescência no Município de Lages (SC): determinantes sociais, culturais, biológicos, psicológicos, fatores associados e repercussões”, que tem como objetivo central identificar e analisar quais são os fatores que determinam e quais as repercussões da gravidez na adolescência no município. Além disso, irá realizar uma análise documental das informações e dados dos sistemas oficiais e outras fontes, buscando também identificar os fatores bio-psico-sociais e culturais associados à ocorrência e recorrência da gravidez na adolescência, avaliando se há um componente intergeracional interferindo neste fenômeno, além de buscar identificar quais são os fatores implicados na adesão ao pré-natal na gestação precoce e, ainda, fazer mapeamento das instituições e a atuação relativa ao âmbito de ação da gravidez na adolescência em Lages.

## **Considerações finais**

Pensar em saúde coletivamente alicerça ideais de que é possível construir ações em saúde que deem conta de respeitar os princípios constitucionais a partir de metodologias inovadoras, sendo que este Projeto, como um dos muitos que puderam se concretizar, faz com que se almeje que os desdobramentos do Pet Saúde Redes de Atenção se torne algo permanente nas instituições envolvidas. As múltiplas experiências exitosas aqui descritas, a partir da integração entre estudantes de

diferentes áreas da saúde, de profissionais e de pessoas das comunidades, dá concretude no cotidiano e, no processo de trabalho das equipes de saúde, a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. A educação interprofissional é uma forma de possibilitar a todos os envolvidos o aprimoramento gradual e a valorização da importância do respeito e da cooperação mútua, em que a necessidade de comprometimento com cada um dos saberes poderá alicerçar novas formas e compromissos de lidar com a saúde em todas as suas dimensões, fortalecendo as redes de serviços de saúde num processo permanente.

A inserção do Pet RAS, ao integrar ensino, serviço e comunidade, tem trazido para o município de Lages a discussão crítica das linhas de cuidados. O aprendizado centrado na proposta de intervenção concreta sobre a realidade dos serviços a partir da reformulação dos modelos de cuidados e da estruturação de uma rede de atenção integral em saúde passa pela criação de novos espaços de aprendizado, mas também pela reformulação de suas práticas e saberes.

## Referências

AGUILAR, S.R.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação** (Campinas) [online]. 2011, 16, (1): 165-184. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 set 2014

ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública** (São Paulo). 2012; Fev 46 (1): 68-76.

BRASIL. Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 Ago 2007.

BRASIL. Portaria GM nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov 2013.

DATASUS. SIM. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

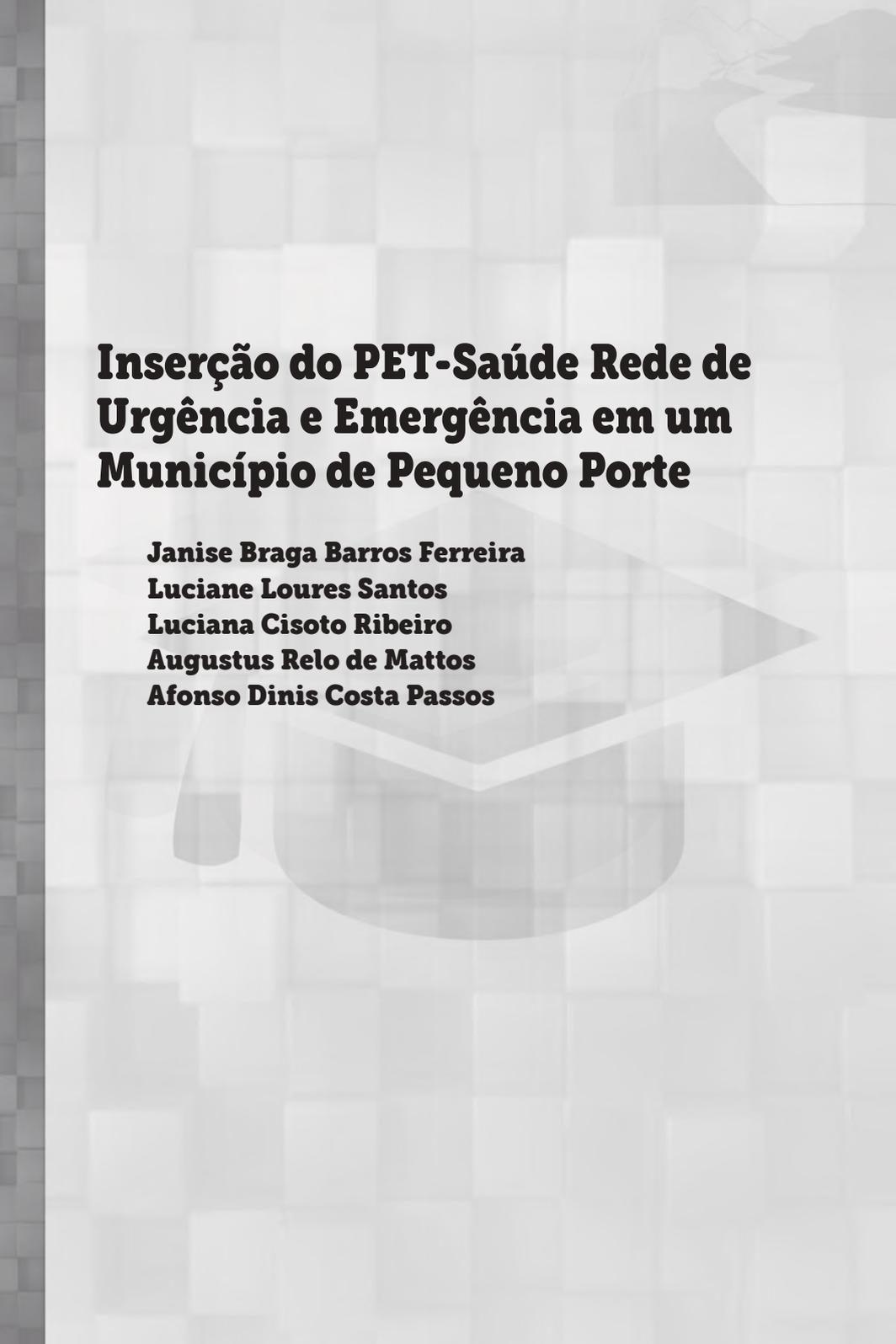
DATASUS. SINASC. **Dados de Declaração de Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde**. CHIAVERINI, D.H. et al. (Org). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

OLIVEIRA, M.C. **Avaliação da Rede de serviços públicos na assistência e no cuidado a usuários de crack em três municípios de Santa Catarina**. Cnpq - Relatório de Pesquisa, 2013.

SANTOS, H.G. et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. **Pediatria** (São Paulo). 2010; 32(2):131-43

UNIFESP. **O projeto pedagógico do Campus Baixada Santista**. Disponível em: <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>. Acesso em: 10 ago. 2014.



# **Inserção do PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência em um Município de Pequeno Porte**

**Janise Braga Barros Ferreira**

**Luciane Loures Santos**

**Luciana Cisoto Ribeiro**

**Augustus Relo de Mattos**

**Afonso Dinis Costa Passos**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propõe a integração do ensino, serviço e comunidade e a educação pelo trabalho. Como método de ensino-aprendizagem adota grupos tutoriais vivenciando a construção e o funcionamento das redes de atenção à saúde, do ponto de vista conceitual e operacional (BRASIL, 2013).

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), impulsionada pelas diretrizes nacionais de revisão curricular dos cursos de graduação da saúde e visando à formação de profissionais de saúde direcionada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), aderiu ao PET Saúde Redes, seguindo um histórico de aquiescência às políticas indutoras desta natureza desde 2007. Desta forma, a FMRP-USP reafirma sua intenção de estar alinhada às propostas interministeriais da Saúde e da Educação na formação de seus estudantes.

A constituição interdisciplinar, multiprofissional e interinstitucional dos grupos tutoriais estimula o desenvolvimento de um pensamento crítico entre os integrantes acerca da importância do funcionamento em rede do SUS.

Em relação à conformação das redes de saúde temáticas no SUS, destaca-se a necessidade de organização da atenção às urgências e emergências, no sentido da garantia do acesso, da continuidade e da integralidade da atenção (MENDES, 2010). Neste sentido, o pleno funcionamento da rede de urgência e emergência visa romper com a fragmentação dos processos assistenciais que repercutem de forma desfavorável no atendimento das necessidades de saúde da população.

Este projeto pretende discutir a formação em saúde dentro da concepção do PET Saúde, destacando o percurso de organização da rede de urgência e emergência a partir da Atenção Primária Saúde (APS) e abordando as questões enfrentadas por um município de pequeno porte. A sua proposição sustenta-se no reconhecimento de que, apesar dos avanços conquistados pelas instituições de Ensino e gestoras do SUS, ainda se considera um desafio qualificar tanto a formação em saúde quanto o cuidado e sua gestão, no contexto da rede de urgência e emergência de um município de pequeno porte.

### **Cássia dos Coqueiros: O Cenário da Experiência**

Uma vez que 70% das cidades brasileiras têm menos de 20.000 habitantes (IBGE, 2011), faz-se necessário dirigir o olhar para esta condição, pois o perfil da população de um município de pequeno porte pode representar a situação da saúde de muitos outros semelhantes pelo distribuídos pelo Brasil.

No contexto de um município de pequeno porte, a atuação do profissional de saúde pode ser um dos diferenciais desta análise. Esta atuação requer diferentes habilidades, pois não existe a mesma facilidade para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos como em outros pontos da rede de saúde. As situações encontradas na realidade de municípios diminutos, com características rurais, requerem o desenvolvimento de novas competências e habilidades. Ando et al. (2011) comentam acerca da necessidade de serem ampliadas estas capacidades, ressaltando peculiaridades da atuação deste profissional quanto à abordagem integral da pessoa, da família e da comunidade em uma perspectiva de diálogo e de respeito à interculturalidade.

Outra característica deste cenário diz respeito ao tempo de atendimento dos problemas de saúde que costuma ser diferente, como no caso das urgências e emergências, que exi-

gem agilidade e resolubilidade no local de atendimento, sendo necessário estabilizar o paciente antes de ser referenciado e transportado para outros pontos da rede. O profissional de saúde destes municípios, muitas vezes, atua sozinho ou com equipes menores e recursos restritos. Assim, torna-se ainda mais relevante a dinâmica do trabalho em equipe, transdisciplinar e em rede (ANDO et al., 2011).

Neste sentido, há na cidade de Cássia dos Coqueiros um cenário propício para o desenvolvimento desta proposta, por ser um município de pequeno porte localizado a 70 Km de Ribeirão Preto, na divisa do estado de São Paulo com Minas Gerais. Está inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) regional e pertence ao Departamento Regional de Saúde XIII (DRS 13), integrando a Região de Saúde “Vale das Cachoeiras”, ao lado de mais seis municípios. Tem 2634 habitantes, distribuídos entre 68% na área urbana e 32% na zona rural (IBGE, 2012).

Possui uma única unidade de saúde, o Centro Médico Social e Comunitário “Pedreira de Freitas” (CMSCPF), que foi criada no início da década de 1960 pela FMRP-USP. Desde então existe envolvimento de Cássia dos Coqueiros com ensino e pesquisa, com a participação de professores, estudantes de graduação do curso de medicina, residentes e pós-graduandos. Atualmente, a gestão do CMSCPF é compartilhada entre a FMRP-USP e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Em que pesem as dificuldades dos estudantes, docentes e preceptores em relação ao desenvolvimento de atividades de ensino, assistência e pesquisa em outro município, como transporte, alojamento, alimentação e compatibilidade de agendas, a FMRP/USP reconhece a importância de Cássia dos Coquei-

ros como *locus* particular para a formação de profissionais, bem como um campo de pesquisa ainda pouco explorado.

Ao longo da sua existência, as ações ofertadas pelo CMS-CPF têm sido predominantemente de pronto atendimento, com alta demanda de pacientes e baixa resolubilidade. Em 2011, dentro da modalidade de atendimento à demanda espontânea, foram realizadas 6.449 consultas de adultos e 1.948 de pediatria, além de 409 consultas de emergência, com ou sem remoção do paciente. Foram ainda realizadas 525 consultas especializadas (oftalmologia e psiquiatria) distribuídas em finais de semana, ao longo do ano. No mesmo período, foram executados 36.379 procedimentos variados, incluindo: aferição de pressão arterial, administração supervisionada de medicamentos, coleta de material para exames laboratoriais, curativos, aplicação de aerossol, retirada de pontos, terapia de re-hidratação oral, sutura, drenagem de abscesso e retirada de corpo estranho.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela SMS de Cássia dos Coqueiros teve início em 2001, mantendo hoje uma cobertura de 100% da população. Em que pese a oferta de atenção pela ESF há 13 anos, nota-se ainda uma grande utilização do serviço de pronto atendimento, que merece ser revista e melhor compreendida, tendo em vista a necessidade de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos à população (BRASIL, 2011).

### **Descrição das Atividades Curriculares dos Cursos de Graduação Envolvidos no PET: – Participantes do Processo**

A princípio, o projeto previa a inserção de três cursos da FMRP/USP, sendo eles: Medicina, Informática Biomédica (IBM) e Nutrição e Metabolismo. Tal escolha foi motivada

pela ligação dos docentes envolvidos no projeto com disciplinas que abrangiam desde os primeiros até os últimos anos de formação acadêmica. Contudo, a inserção do curso IBM foi inviabilizada pela limitação do edital, que exigia que todos os cursos fossem legalmente reconhecidos como ligados à graduação na área da saúde. Acreditamos que essa limitação deva ser revista pela Coordenação nacional do PET, uma vez que a contribuição dessa área do saber traria um salto qualitativo para o Programa.

Vale destacar que os cursos de graduação envolvidos compartilhavam em sua proposta curricular a concepção de reorientação da formação profissional, considerando a inserção precoce dos estudantes na realidade dos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde. Assim, estavam previstos nas suas matrizes curriculares novos cenários de práticas para os estudantes nos serviços conveniados à rede de saúde do SUS, compreendendo, prioritariamente, as unidades primárias e secundárias. Além disso, atividades em equipamentos sociais como escolas, creches, associações de moradores, conselho de saúde, entre outros.

Por meio de disciplinas curriculares regulares os estudantes são inseridos no âmbito da APS, onde têm a oportunidade de vivenciar tanto os aspectos assistenciais como os organizacionais do SUS na realidade diferenciada de um município de pequeno porte. As disciplinas visam a integração teórico-prática em cenários reais, com ênfase na inserção do estudante em Unidades de Saúde da Família (USF)/Unidade Básica de Saúde (UBS).

Deste modo, o atual projeto visa estimular os seguintes aspectos: desenvolvimento de capacidades relacionadas ao cuidado à comunidade; gestão do trabalho como parte integrante das atividades de uma equipe de saúde; compreensão

da conformação e utilização da rede de atenção às urgências e emergências; educação em saúde na interação com pacientes, familiares, trabalhadores dos serviços e comunidade; e elaboração de projetos de pesquisa ou intervenção voltados à realidade e necessidades da população.

Na grade curricular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto existem disciplinas que favorecem a implementação do presente projeto. Duas delas no Curso Médico, designadas como Atenção à Saúde da Comunidade I e II, têm como objetivos propiciar ao aluno do curso de Medicina o contato precoce com a comunidade e com as famílias, permitindo-lhes conhecer a população, perceber os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais vivenciados pelos membros da comunidade, conhecer os diferentes equipamentos sociais e de saúde existentes, ampliar a concepção de saúde e conhecer a rede de serviços do sistema público de saúde local. Ainda no Curso Médico, na disciplina Estágio em Medicina Comunitária II os estudantes são inseridos no campo da atenção primária de Cássia dos Coqueiros. Neste espaço, têm a oportunidade de compreender as dificuldades e os avanços relacionados à implantação das diretrizes do SUS, tanto relativas à prestação das ações assistenciais básicas (incluindo às urgências básicas e emergências), como a necessidade de garantia de acesso aos demais pontos da rede regionalizada de saúde, por meio dos instrumentos regulatórios do sistema.

Na mesma linha das anteriores, a disciplina Princípios de Saúde Pública, ministrada para o curso de Informática Biomédica, tem como objetivo aproximar os estudantes dos aspectos conceituais e operacionais da política pública de saúde brasileira, por meio de atividades teórico-práticas que envolvem discussões em sala de aula, pesquisas, visitas aos serviços, contato com profissionais da saúde, entre outras.

No curso de Nutrição e Metabolismo, a disciplina de Políticas Públicas em Alimentação e Nutrição tem como objetivo conhecer as principais políticas e programas governamentais em saúde, nutrição e alimentação desenvolvidas no país, por meio de aulas teóricas e atividades práticas que enfocam os objetivos, ações desenvolvidas e perspectivas destas políticas, relacionando-as com a realidade de saúde do Brasil. Além disso, há a disciplina de Estágio de Nutrição em Saúde Pública, cujos objetivos compreendem: capacitar o aluno para vivenciar a rotina e atuar em equipe interdisciplinar e em atendimento comunitário; realizar diagnóstico do estado nutricional individual ou de grupos populacionais; propor, elaborar e executar medidas de intervenção para prevenção e controle de distúrbios nutricionais; e promover hábitos alimentares saudáveis em grupos populacionais. Nesta disciplina os alunos desenvolvem atividades práticas junto à equipe de saúde da APS, como também em programas municipais que envolvem o cuidado da população.

No CMSCPF, todas as atividades programadas serão integradas às ações já dirigidas aos médicos residentes do segundo ano do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, do Hospital das Clínicas da FMRP/USP, e aos profissionais do Serviço. Desde 2000, os residentes de Medicina de Família e Comunidade realizam estágio obrigatório no CMSCPF, prestando assistência à comunidade, na lógica da ESF.

Interessante pontuar que, há quatro anos, os profissionais de saúde do CMSCPF e da Secretaria Municipal da Saúde de Cássia dos Coqueiros participam, na modalidade de gestão colegiada, de encontros semanais que abordam temas relacionados às questões organizacionais e assistenciais da rede SUS que interferem no processo de trabalho da Unidade. Esses

encontros contam com a presença de representantes das categorias: trabalhadores do serviço, médicos residentes, gestores, estudantes e docentes do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP. Acredita-se que este espaço coletivo seja um terreno fértil para o desenvolvimento dos objetivos do PET.

Por fim, considerando a realidade dos serviços e da comunidade, a coparticipação e o fortalecimento de vínculo entre os parceiros (SMS Cássia dos Coqueiros e a FMRP/USP) justificou a proposição desse projeto.

## **Objetivos da Experiência**

Tendo em vista que a execução da APS é de total responsabilidade da gestão local, não podendo, portanto, ser compartilhada com outros pontos da RAS, torna-se notória a necessidade de um entendimento aprofundado do papel atribuído a ela, principalmente em municípios de pequeno porte, para que a gestão do sistema de saúde tenha subsídios que suportem investimentos condizentes à execução de todas as ações básicas, destacando-se nesta experiência as ações regulatórias no campo da urgência e emergência (BRASIL, 2011a; FERREIRA; CHAVES, 2012; SILVA, 2011).

Deste modo, na concepção deste projeto o principal objetivo foi incrementar mudanças na reorientação da formação profissional, pautada na integração ensino-serviço-comunidade, tendo a formação da rede regionalizada de atenção às urgências e emergências de município de pequeno porte como norteadora dos eixos teórico, prático e pedagógico.

Dentre os objetivos específicos destacam-se a promoção de estratégias de educação permanente, a organização de grupos tutoriais de aprendizagem e o fomento à produção de conhecimento a partir da vivência dos serviços, privilegiando a interdisciplinaridade na rede de urgências e emergências em saúde.

Em síntese, a intervenção que se propõe é uma reorganização das ações de urgência e emergência em uma rede específica integrada à ESF no nível local, e aos demais pontos da rede regional de urgência e emergência, na perspectiva do aperfeiçoamento da formação profissional de estudantes e trabalhadores da saúde, no âmbito do CMSCPF.

## **Percurso Metodológico**

A trajetória a ser percorrida para garantir os objetivos inclui a realização de oficinas temáticas com os estudantes, preceptores, tutores e trabalhadores da saúde, análise de dados retrospectivos dos sistemas de informação em saúde local, dos prontuários cadastrados e de bases de dados oficiais.

A aproximação dos estudantes com a realidade local permitirá a coleta de dados primários por meio de entrevistas com usuários e trabalhadores de saúde, utilizando-se de instrumentos elaborados para auxiliar o levantamento de necessidades.

Em particular, a imersão no cenário do pronto atendimento permitirá o conhecimento do perfil dos usuários por meio da análise dos dados relacionados à entrada no serviço, possibilitando identificar novas demandas e o desenho dos fluxos assistenciais dos usuários na rede de saúde.

Será de fundamental importância para o apoio logístico à rede de urgência e emergências o desenvolvimento de um sistema de informação em saúde específico para o CMSCPF, garantindo a interface com os outros sistemas de informação de saúde vigentes no SUS.

Dessa forma, a partir de leituras sobre o tema, trabalho *in loco*, discussões em grupo e oficinas com tutores, preceptores, profissionais de saúde e contato com usuários o projeto pretende viabilizar a busca por soluções conjuntas transformadoras consoantes às dimensões do objeto de intervenção.

## Resultados Obtidos e Desejados

### Resultados Obtidos

Após um ano do desenvolvimento do projeto, alguns frutos já foram colhidos. No início das atividades, uma visita à Cássia dos Coqueiros e ao CMSCPF foi realizada com o propósito de aproximar os estudantes aos trabalhadores, à ambiência da unidade de saúde e ao ritmo da vida em um pequeno município.

Foram realizadas três oficinas temáticas que abordaram o conceito, operacionalização e regulamentação das redes de atenção às urgências e emergências, tendo como referência as portarias ministeriais sobre o tema. Para cada oficina foram organizados encontros e seminários entre os estudantes e os preceptores para estudo dirigido, discussão do processo, organização da oficina e produção de material pedagógico

A trajetória planejada e percorrida para discussão do conteúdo partiu de uma visão macro das redes de atenção à saúde até a especificidade conceitual e operacional da rede temática no cenário do projeto.

A primeira oficina discutiu as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010). Os participantes foram divididos em grupos, que trabalharam na estratégia de aprendizagem estudo dirigido (leitura de texto e posterior discussão a partir de perguntas disparadoras). Os grupos foram conduzidos pelos estudantes que tinham o papel de facilitar a discussão e a participação de todos. Em cada grupo, além dos estudantes e trabalhadores, houve a participação de tutores e preceptores que mediarão o desenvolvimento da oficina. O fechamento da atividade ocorreu na forma de plenária, com síntese da produção dos grupos e apontamento dos próximos passos (Figura 1).

Figura 1. Primeira oficina temática realizada em Cássia dos Coqueiros/SP, 2013.



O conceito da Rede de Atenção às Urgências/Emergências no SUS foi abordado na segunda oficina, que também teve a condução dos estudantes, com apoio do tutor e dos preceptores (BRASIL, 2011c). Esta oficina envolveu a participação de trabalhadores de saúde que atuavam na ESF e no Pronto Atendimento e teve como desdobramento a organização da terceira oficina que desenhou a rede de urgência e emergência de Cássia dos Coqueiros inserida no contexto regional. Essa terceira oficina foi organizada e conduzida pelos preceptores e profissionais que atuavam no CMSCPF e contou com a participação de todo o grupo. Nesta atividade foram caracterizados os atendimentos de urgência e emergência ocorridos na unidade

durante um período de três meses no ano de 2014, bem como seus desdobramentos, como os encaminhamentos que foram realizados por meio da regulação médica. Também foram discutidos as limitações e o potencial de resolução da unidade de saúde, o que permitiu uma “fotografia” do trajeto percorrido pelos usuários, configurando o atual desenho da Rede.

Como forma de vivenciar a assistência de urgências e emergências e sua articulação com a ESF, foi proposta, como atividade didática e de imersão, plantões observacionais no pronto atendimento, sob supervisão direta e contínua dos preceptores, bem como práticas cotidianas da equipe de saúde da família, como visitas domiciliares urbanas e rurais, observação do atendimento e participação de grupos. Essa imersão foi planejada para que os estudantes pudessem compreender a realidade local e auxiliar no diagnóstico de saúde e no desenho da rede de urgência e emergência.

Para instrumentalizar os estudantes e os preceptores locais foi elaborado um formulário com conteúdo interdisciplinar, empregado como um roteiro para observação das atividades no CMSCPF, contemplando itens da estrutura e do processo de trabalho, tais como o fluxo interno, tipo e condições de atendimento, caracterização dos encaminhamentos, acesso aos medicamentos, aspectos do trabalho em equipe e da educação permanente, assim como da visita domiciliar.

Considerando o monitoramento do processo como uma ação fundamental para seu êxito, foi realizada uma avaliação quanto ao conteúdo, métodos, pontos fortes, fragilidades e sugestões pelos estudantes durante o primeiro ano.

## **Resultados Desejados**

Para as próximas etapas, vislumbra-se cumprir as seguintes atividades:

- Levantamentos de dados epidemiológicos e de gestão em fontes primárias e secundárias.
- Capacitação dos profissionais da rede assistencial local para a adoção dos protocolos e implantação da estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco, no CMSCPF.
- Elaboração de projetos de investigação pensados articuladamente com todos os envolvidos no projeto PET-Redes (Estudantes/Preceptores/Tutores).

## **Considerações**

Esta incipiente experiência tem demonstrado um potencial inovador nas discussões acerca da formação em saúde e do processo de educação permanente dos trabalhadores. Merece destaque o olhar ampliado do processo saúde-doença, materializado na vivência em cenários reais de práticas da política de saúde pública do Brasil. Salienta-se, ainda, a possibilidade de propiciar a experiência do trabalho interdisciplinar e multiprofissional em saúde para estudantes e trabalhadores.

O projeto também oportunizou o emergir de desafios do trabalho em um município de pequeno porte, cujas especificidades são muito distintas das realidades das grandes cidades. Ademais, quando se considera a operacionalização das atividades em outro município, há que se pensar na logística do transporte e alimentação dos estudantes, cobertura por seguros contra acidentes e conciliação das diferentes agendas dos participantes, que estão sujeitos às práticas cotidianas de suas respectivas instituições e cursos.

Outro obstáculo a ser superado refere-se à incorporação de tecnologia de informação e informática em saúde nesta realidade, como elemento constitutivo da rede temática de urgência e emergência, subsidiando a tomada de decisão.

Enfim, a experiência do PET-SAÚDE, na medida em que aproxima diferentes protagonistas em cenários reais do sistema público de saúde, resgata o compromisso social das Instituições de Ensino Superior no sentido de formar profissionais que estejam comprometidos com as necessidades do Sistema Único de Saúde.

## Referências

ANDO, N.M. et al. Declaração de Brasília “o conceito rural e o cuidado à saúde”. **Rev Bras Med Fam Com.** 2011; 6 (19): 142-4.

BRASIL. Edital nº 14/MS, de 8 de março de 2013. Dispõe sobre a seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET/Saúde Redes de atenção à Saúde – 2013/2015. **Diário Oficial da União**, 11 mar 2013.

BRASIL. Portaria nº 1600/GM, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 8 de julho de 2011a. Seção 1, p.69.

BRASIL. Portaria nº 2488/MS de 21 outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 out 2011b.

BRASIL. Portaria nº 2812/GM de 29 novembro 2011. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMA-Q-AB). **Diário Oficial da União**, 30 nov 2011c.

BRASIL. Portaria nº 4279/GM, 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 2010. Seção 1, p.88.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Departamento de Medicina Social** [Internet]. Cássia dos Coqueiros. Ribeirão Preto;

2014. Disponível em: <<http://rms.fmrp.usp.br/index.php?pg=base&coduser=16&codpag=52>>. Acesso em 07 ago 2014.

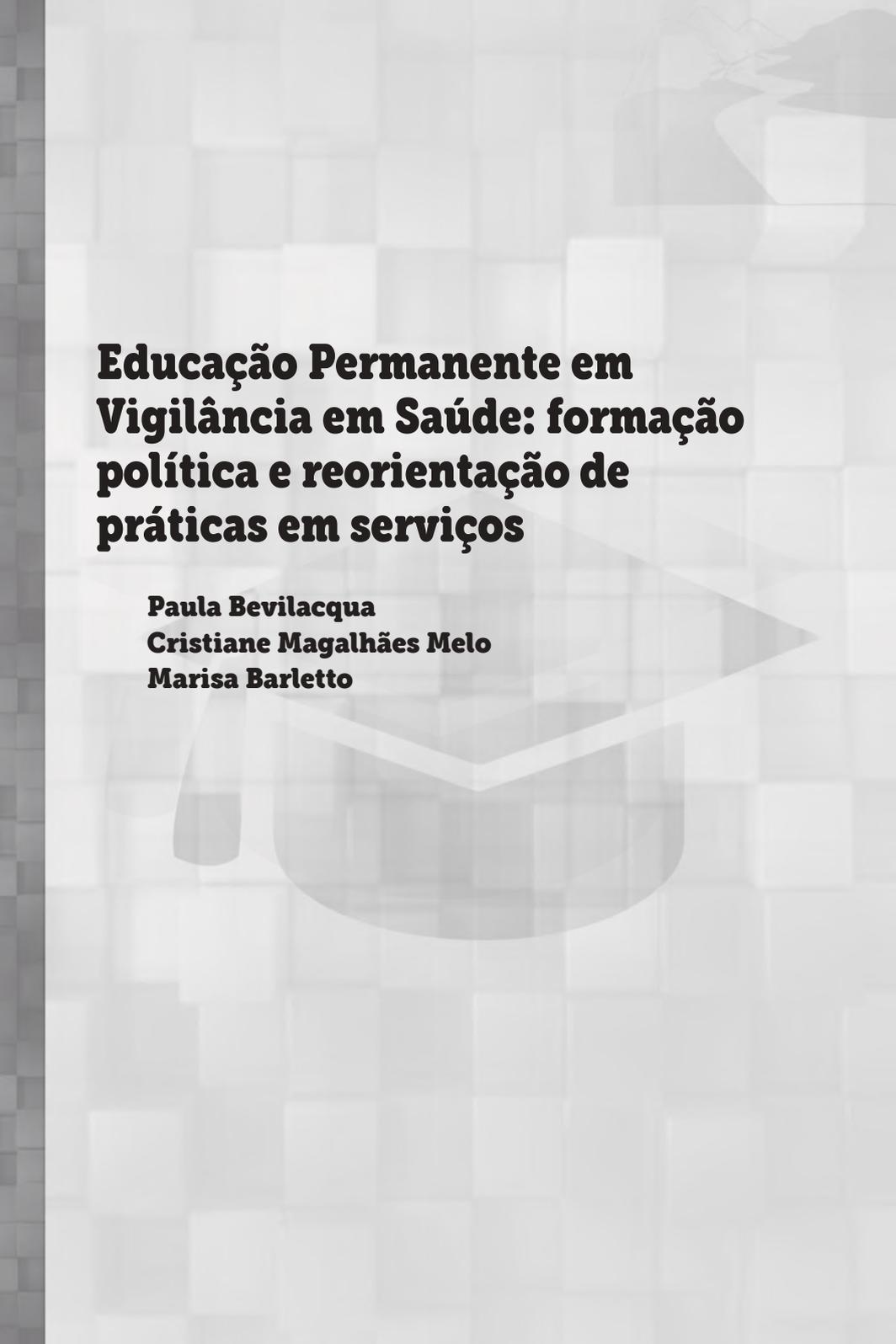
FERREIRA, J.B.B.; CHAVES, L.D.P. Regionalização e redes de atenção à saúde. In: ROCHA, J.S.Y. **Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 53-64.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios, resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_resultados\\_universo.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm)>. Acesso em 12 mai 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. **IBGE Cidades@**. Cássia dos Coqueiros. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=351090&search=sao-paulo|cassia-dos-coqueiros|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em 12 mai 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cien Saude Colet**. 2010; 15 (5): 2297-2305.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Cien Saude Colet**. 2011;16(6):2753-62.



# **Educação Permanente em Vigilância em Saúde: formação política e reorientação de práticas em serviços**

**Paula Bevilacqua  
Cristiane Magalhães Melo  
Marisa Barletto**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS) tem sua execução planejada a partir de grupos de aprendizagem tutorial em serviços de saúde, de acordo com as necessidades do SUS, fomentando a articulação ensino-serviço-comunidade, a formação/educação pelo trabalho, além da qualificação em serviço dos profissionais da saúde. Tal perspectiva, proposta pelo PET e por outras estratégias fomentadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, assume claramente os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) como opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009).

A EPS foi aprovada como política de interesse do SUS na XII Conferência Nacional de Saúde (CECCIM; FERLA, 2009), sendo adotada como ação estratégica para operacionalização da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo Mancia; Cabral e Koerich (2004), a “Educação Permanente estrutura-se a partir das necessidades do processo de trabalho e do processo crítico como inclusivo ao trabalho”. Assim, apesar de não ter a radicalidade do trabalho como princípio educativo, no sentido gramsciano, a categoria “trabalho” é central e incorpora questões políticas e demandas sociais do SUS e da saúde coletiva brasileira, com suas especificidades. A EPS objetiva transformar o serviço de saúde pública numa rede de ensino-aprendizagem de saberes e práticas em saúde, tornando esse setor local de atuação de profissionais competentes, comprometidos, críticos/as e reflexivos/as de sua prática (CECCIM, 2005).

A *práxis* é, assim, o campo político-filosófico no qual a EPS precisa ser tecida, horizontalizando saberes, costurando conhecimentos, ligando setores, colocando em rede sujeitos e práticas de controle social. Além desse desafio político, a

EPS assume desafio educativo ao propor a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, sugerindo a prática profissional baseada na reflexão crítica da realidade. É, assim, a realização do encontro entre os mundos da formação e do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços.

Se são grandes os desafios da implementação da EPS na rede SUS, também os são para as instituições de ensino. O termo ‘reorientação curricular’, usado na denominação do PRO-Saúde, espelha a complexidade de efetivar a formação tendo trabalho e cidadania como eixos educativos.

Mais do que isso, relações de ‘cooperação’ entre estruturas de ensino e de serviços “para formulação de estratégias de ensino, [...] gestão setorial, [...] atenção em linhas de cuidado, [...] fortalecimento do controle social e investimento na inter-setorialidade” (CECCIM; FERLA, 2009) pressupõem certa afinidade política, ou algum capital social – no sentido dado por Bourdieu (1998), entre os agentes das instituições de ensino e os serviços da saúde. A proposta do PET procura agenciar tais afinidades, ou mesmo criá-las, quando, por exemplo, oferece bolsas para preceptores/as e tutores/as.

Na experiência relatada nesse texto, destacamos, ainda, a categoria gênero. Tal categoria aparece na concepção dos projetos na medida em que, dentre as temáticas trabalhada pelos grupos PET-Saúde/VS da Universidade Federal de Viçosa (UFV), tem-se a produção da informação sobre violência contra a mulher e sua inscrição no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a vigilância da mortalidade de mulheres em idade fértil. Por outro lado, gênero também se tornou categoria de reflexão importante durante a execução das atividades do eixo do projeto que tratou da Vigilância em Saúde Ambiental. Nesse sentido, tratar das relações de gênero,

e de especificidades como violência de gênero e violência contra a mulher, impôs-se como dimensão política e social discutida com profissionais de saúde e estudantes.

Especificamente, em relação à violência, dificuldades frente a esse tema polêmico, encharcado de preconceitos, estereótipos culturais e históricas marcadas pelo androcentrismo, foram ao mesmo tempo desafiadoras e recompensadoras. Considerando sua complexidade, no sentido dado por Edgar Morin (2000), é impossível tratar tal temática fora da intersetorialidade, elemento importante na perspectiva da EPS. De acordo com Taquette (2007), o setor saúde até pouco tempo avaliava a violência contra a mulher como fenômeno de responsabilidade apenas do poder judiciário, mesmo quando essa violência causava danos físicos. Atualmente, esse fenômeno é visto como de importância e interesse social, cabendo a diversos setores ações de enfrentamento e assistência qualificada aos casos.

Este trabalho objetiva apresentar o PET-Saúde/VS, desenvolvido desde 2010 na UFV, especialmente no que tange aos elementos político-pedagógicos da proposta formativa de estudantes e profissionais da saúde.

## **Os grupos PET Saúde/Vigilância em Saúde da UFV**

Na UFV, o PET-Saúde/VS vem sendo desenvolvido desde 2010 em parceria com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa-MG (SVE/SMS). Inicialmente, o projeto “A violência contra a mulher em Viçosa – MG: compreensão do fenômeno por profissionais de saúde e análise da notificação dos casos”, aprovado no Edital nº 7/2010, contou com um grupo, sendo ampliado para dois a partir do segundo ano de execução.

Em 2012, no Edital nº 28/2012, foi aprovado o projeto “Produção de Informação e Educação Permanente em Vigilância em Saúde”, sendo contemplado com dois grupos; cada grupo é composto por um tutor acadêmico (profissional com vínculo com instituição de ensino superior), dois preceptores (profissionais de nível superior vinculados ao serviço de saúde) e oito estudantes de graduação de cursos da área da saúde. Nesse último edital, o projeto foi concebido articulando três eixos de intervenção e/ou pesquisa: (i) vigilância da violência contra a mulher; (ii) produção de informação sobre mortalidade (fetal, infantil, materno e de mulheres em idade fértil) e (iii) vigilância em saúde ambiental articulada à vigilância epidemiológica. Ressaltamos que, na primeira edição do PE-T-Saúde/VS da UFV, integraram o grupo de estudantes apenas graduandos/as de Enfermagem, em sua segunda edição, além de estudantes desse curso, também foram incorporados estudantes de Medicina Veterinária. Um grupo (tutor/preceptor/estudantes) foi responsável por desenvolver as atividades relacionadas aos dois primeiros eixos de intervenção e/ou pesquisa e o outro grupo pelo terceiro eixo.

A proposta metodológica adotada pressupõe a integração entre os três eixos, guardadas as especificidades, áreas e temas de intercessão e interface. A proposta pedagógica de orientação dos grupos pressupõe a valorização da multidisciplinaridade enquanto conformação de grupo; a construção participativa do trabalho; a autonomia de indivíduos e grupo e a sensibilidade às demandas loco-regionais de ação e intervenção em saúde. Por sua vez, a coordenação acadêmica do projeto prevê uma ação transversalizando os grupos e atividades, procurando tecer um espaço rico de trocas e diálogos. Tais elementos e características estruturais e metodológicas do projeto foram pensados tendo como perspectiva a interdisciplinaridade caracterizada, conforme Japiassu “pelo grau de integração real

das disciplinas no interior de um mesmo projeto” (1995), e que se realiza a partir das exigências práticas da realidade do serviço de saúde (JANTSCH; BIANCHETTI; 1995).

Nesse sentido, diferentes cenários e situações que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde envolvidos são valorizados como espaços formativos para acadêmicos e profissionais, sendo as intervenções e atividades planejadas e direcionadas considerando as prioridades apresentadas pelos serviços. Também como marca fundamental das ações e atividades desenvolvidas no âmbito dos projetos, tem-se o uso de metodologias participativas, potencializando o processo pedagógico e considerando a reflexão crítica dos sujeitos sobre as realidades vivenciadas, com seus dilemas, desafios, conflitos e possibilidades de superação e reordenação das relações pessoais e práticas cotidianas.

Na UFV, a coordenação do PET-Saúde/VS vincula-se ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero (NIEG/UFV), que agrega professoras-pesquisadoras e estudantes de graduação e pós-graduação da instituição onde são conduzidos projetos de ensino, pesquisa e extensão tendo como eixo central de reflexão as relações de gênero e suas interfaces com políticas públicas, direitos humanos, saúde e violência contra as mulheres. No âmbito do PET-Saúde/VS, o NIEG promove a formação dos/as estudantes bolsistas, incluindo visitas orientadas de reconhecimento aos cenários de prática; caminhada transversal<sup>1</sup> com profissionais de saúde da Estratégia Saúde

---

1 Essa técnica consiste numa caminhada, que percorre um espaço geográfico, no caso específico desse projeto, os bairros atendidos pela Estratégia Saúde da Família. A caminhada permite obter informação sobre os diversos componentes dos recursos sociais, a vida econômica, cultural, as moradias, a estrutura de saneamento, etc. Ao longo da caminhada, anotam-se todos os aspectos que surgem pela observação dos participantes em cada uma das diferentes zonas que se cruzam (FARIA; FERREIRA NETO, 2006).

da Família (ESF) e do Programa Municipal de Controle de Endemias e cursos de formação sobre temas relacionados aos eixos do projeto: relações de gênero; enfrentamento da violência de gênero; sistemas de informação em saúde; notificação e investigação de agravos; políticas públicas e marcos legais; metodologias participativas (nesse caso, foram priorizadas técnicas do diagnóstico rápido participativo - DRP) e relatoria de atividades de campo.

Ainda como formação dos/as estudantes bolsistas e voluntários do PET-Saúde/VS, é incentivada a participação em eventos e atividades organizadas por diferentes entidades com o intuito tanto de socialização e divulgação das ações do projeto como, e mais importante, de experimentação e aprimoramento de vivências políticas, como 9ª Conferência Municipal de Saúde de Viçosa; I Conferência Regional de Políticas para Mulheres; I, II e III Seminários Regionais de Enfrentamento da Violência contra a Mulher; Pacto Municipal de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher; audiência pública sobre atendimento à mulher em situação de violência; atividades relativas ao 8 de Março e 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra a Mulher; audiência pública/reunião na câmara municipal sobre o vínculo de trabalho dos agentes de combate às endemias, entre outras.

Como atividades de orientação, avaliação e acompanhamento do projeto, são realizadas reuniões semanais específicas de cada eixo com preceptoras, tutores/as e estudantes e reuniões periódicas com todos/as integrantes dos três eixos, de forma a socializar as experiências, organizar agendas comuns e discutir os problemas e desafios vivenciados. Esses espaços são ímpares por permitirem o encontro da equipe de trabalho e a interação entre os dois grupos PET-Saúde/VS. Os encontros são estruturados na forma de reuniões ou seminários onde as

atividades desenvolvidas e o planejamento próximo são apresentados e discutidos coletivamente. Esses momentos são explorados como espaços de objetivação das dificuldades e superações identificadas e têm-se revelado como possibilidades reais de reflexão sobre as diferentes responsabilidades, tarefas e consequências das intervenções dos grupos, principalmente na discussão de problemas e desafios, explicitando a construção de um conhecimento interdisciplinar. É importante ressaltar que o grupo envolvido com os eixos de intervenção e/ou pesquisa ‘vigilância da violência contra a mulher’ e ‘produção de informação sobre mortalidade’ é conformado por uma tutora da área de educação, duas preceptoras com formação em enfermagem e economia doméstica e oito estudantes de graduação em enfermagem. O grupo PET responsável pelo eixo ‘vigilância em saúde ambiental articulada à vigilância epidemiológica’ é constituído por uma tutora com formação em medicina veterinária e atuação em saúde coletiva, dois preceptores com formação em farmácia/bioquímica e administração e estudantes de medicina veterinária (sete) e enfermagem (um).

Como proposta de acompanhamento, os/as estudantes são estimulados a construir portfólios reflexivos, utilizados não apenas como procedimento avaliativo, mas como eixo organizador do trabalho dos/as estudantes.

A seguir são apresentadas algumas atividades desenvolvidas no âmbito de cada eixo do projeto.

### *Eixo I - Vigilância da violência contra a mulher*

Conforme apresentado anteriormente, essa temática foi abordada no projeto desenvolvido na primeira edição do PET-Saúde/VS, executado entre 2010-2012, e na edição aprovada no Edital nº 28/2012, em execução desde maio/2013, com

término previsto para abril/2015. Suas atividades integram o Programa de Extensão “Rede protetiva às mulheres em situação de violência”, conhecido como “Casa das Mulheres”. A Rede objetiva acolher, orientar e apoiar mulheres em situação de violência, além de propor políticas municipais e atividades de informação/educação para o enfrentamento da violência de gênero, dentre outras ações.

Os objetivos desse eixo envolvem o diagnóstico da situação da violência contra a mulher no município, analisando como profissionais da ESF e da atenção hospitalar, que atendem mulheres em situação de violência, compreendem a dimensão da violência.

Suas atividades estão organizadas em duas vertentes metodológicas, sendo a primeira de cunho qualitativo realizado com profissionais da ESF e outros que atendem mulheres em situação de violência. A segunda, quantitativo, objetiva construir banco de dados e caracterizar os casos de violência contra a mulher ocorridos em Viçosa, entre jan/2009 e dez/2014.

Para o desenvolvimento da proposta, foram pactuadas ações de cooperação com instituições e serviços que produzem informação sobre violência contra a mulher, dentre eles: Defensoria Pública, Delegacia de Polícia Civil, Casa das Mulheres, SVE/SMS, ESF e hospitais, de forma a manter atualizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria Municipal de Saúde. Tal articulação foi particularmente relevante na medida em que envolveu o setor saúde na Rede Protetiva, ocupando-se da produção e sistematização das informações sobre a violência contra a mulher.

Especificamente nesse eixo, as visitas orientadas de reconhecimento às entidades que compõem a Rede Protetiva que atendem mulheres em situação de violência foram importantes

para a compreensão da violência de gênero como um fenômeno complexo e que demanda esforços conjugados de diferentes setores e serviços para o seu enfrentamento.

Outras atividades realizadas incluíram oficinas de formação sobre notificação da violência doméstica, sexual e outras violências (ficha SINAN) com profissionais da ESF e da atenção hospitalar. Em se tratando da ESF, as atividades também envolveram acompanhamento<sup>(2)</sup>, pelas estudantes, das visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). No percurso das visitas, estudantes e ACS's dialogavam sobre aspectos do trabalho, relações com equipe de saúde, população atendida e, principalmente, sobre violência contra a mulher. Essa atividade permitiu dar ênfase à vivência das ACS na comunidade, assinalando dificuldades do serviço de saúde em lidar com a temática da violência, incluindo o encaminhamento dos casos e a produção das notificações.

Partindo dessa experiência, com o cotidiano das possibilidades e dificuldades do trabalho das equipes da ESF e do entendimento sobre como o fenômeno da violência era vivenciado pelas profissionais da saúde, foram desenvolvidas atividades de capacitação sobre violência contra a mulher, violência de gênero, Lei Maria da Penha, preenchimento da ficha SINAN e atuação da Rede Protetiva. Entre 2010-2012, as opções metodológicas adotadas incluíram apresentação de teatro sobre o ciclo da violência, realização de dinâmica de grupo destacando a violência como problema público e político e estudos de caso para o preenchimento da ficha SINAN. Essas atividades foram desenvolvidas com profissionais da ESF e dos hospitais

---

2 Essa atividade, realizada na perspectiva das metodologias participativas, refere-se à caminhada transversal (FARIA; FERREIRA NETO, 2006).

de Viçosa; no período 2013-2014, foram ampliadas para profissionais da ESF e municípios da região de saúde de Viçosa<sup>(3)</sup>.

Ainda, no período 2013-2014, as atividades junto às equipes da ESF de Viçosa contemplaram realização de visitas orientadas da equipe à Casa das Mulheres e ao SVE/SMS. As visitas objetivaram dar concretude ao trabalho da Rede Protetiva, possibilitando desde a identificação das pessoas envolvidas nos serviços que integram a Rede até a compreensão da operacionalização do trabalho nesses diferentes serviços. Adicionalmente, as visitas permitiram, a partir do diálogo entre os profissionais, discutir e conhecer aspectos do atendimento das mulheres em situação de violência e a rotina de alimentação do SINAN. Tais atividades permitiram problematizar e ressignificar duas importantes dificuldades identificadas nas caminhadas transversais: baixa adesão à notificação dos casos de violência contra a mulher e falta de compreensão sobre a atuação da Rede Protetiva.

A produção de informação relativa à violência contra mulher articulou a construção de um banco de dados e a alimentação do SINAN. A coleta de dados considerou diferentes sistemas que produzem informação sobre violência contra a mulher, para tanto, foi elaborado um instrumento de coleta a partir do modelo da ficha SINAN, para o qual eram transportados os registros dos Boletins de Ocorrência sobre violência contra a mulher, existentes na Delegacia de Polícia Civil, e das fichas de atendimento da Casa das Mulheres. Os dados assim coletados, juntamente com as notificações realizadas pelos serviços de saúde, foram utilizados para elaboração do banco de dados sobre violência contra mulher e para atualização do SINAN.

---

3 Inclui os municípios Araponga, Canaã, Cajuri, Paula Candido, Pedra do Anta, São Miguel do Anta, Porto Firme, Teixeiras e Viçosa.

A busca ativa e a coleta de dados pelos/as bolsistas em outras fontes e a consequente alimentação do SINAN com tais registros foram importantes, pois apenas as notificações do setor saúde não eram suficientes para evidenciar a magnitude do evento violência contra as mulheres no município. A exemplo disso, informamos que, em 2008, havia três casos de violência notificados no SINAN/Viçosa; em 2010, após início do projeto, 172 casos; em 2011, 876 casos; em 2012, 580 casos e em 2013, 573 casos (DATASUS, 2015)<sup>4</sup>. Tais valores caracterizam o município de Viçosa como o segundo do Estado em termos de volume de casos de violência informados no sistema oficial, ficando abaixo apenas do município de Belo Horizonte. Ao mesmo tempo, a elaboração de um banco de dados próprio foi importante por agregar informações não consideradas no SINAN como dados específicos do(s) agressor(es) (idade, ocupação, se foi ou não preso) e sobre o percurso da mulher na Rede Protetiva.

### *Eixo II - Produção de informação sobre mortalidade*

Considerando as prioridades da agenda estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde 2011-2015 (SVS/MS), entre elas a qualificação da informação sobre mortalidade e a vigilância do óbito materno, fetal e infantil, o eixo II do PET-Saúde/VS objetiva realizar diagnóstico da mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF), materna, fetal e infantil do município de Viçosa-MG e região; investigar a associação entre óbitos de MIF por causas externas e/ou mal definidas e a violência contra a mulher e promover a articulação de uma rede regional de vigilância desses óbitos, ampliando e qualificando a informação produzida.

---

4 [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

As atividades estão organizadas em quatro grupos de ações. O primeiro inclui o acompanhamento das ações de vigilância dos óbitos nos serviços de saúde de Viçosa e região e, também, no Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil de Viçosa (CMPOMFI). As estudantes participam, juntamente com profissionais do SVE/SMS e da ESF, das investigações domiciliares e ambulatoriais dos casos e das discussões destes em reuniões do CMPOMFI.

O segundo grupo de ações do eixo inclui: coleta, sistematização e análise dos dados sobre óbitos de MIF, maternos, fetais e infantis. Para tanto, são consultados os Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), além do SINAN e do CMPOMFI. A partir da análise integrada dos bancos de dados é possível caracterizar os indivíduos, o evento óbito e sua investigação, avaliando tanto a magnitude e características do evento na população, como as fragilidades da rede de atenção e dos próprios instrumentos de coleta de dados. As informações produzidas têm sido tema de reuniões e encontros com gestores e profissionais da vigilância em saúde e da rede de atenção (básica, especializada e hospitalar) do município de Viçosa e região com o intuito de instrumentalizar os serviços de saúde na definição de estratégias locais e regionais para qualificação desses serviços e redução da mortalidade.

Outras duas ações do eixo são o planejamento e execução de oficinas de formação em vigilância dos óbitos para profissionais de saúde e a articulação com municípios da região de Viçosa para constituição da rede regional de vigilância do óbito. Oficinas realizadas até o momento foram planejadas contemplando a investigações dos óbitos e sua discussão, classificação e encerramento no SIM. Para isso, foi utilizada a técnica de ‘estudo de caso’ a partir de elementos e registros das

investigações dos óbitos realizadas pelo CMPOMFI, permitindo problematizar os procedimentos, encaminhamentos e as dificuldades dos serviços de saúde envolvidos na assistência dos casos e, conseqüentemente, prevenção do óbito. A partir dos estudos de caso, também foi possível discutir e refletir sobre o papel da vigilância do óbito e da atuação dos comitês municipais de prevenção do óbito e da importância da articulação regional, dado o modelo de atenção atualmente preconizado, que valoriza a regionalização da assistência à saúde.

Além disso, foram realizadas reuniões de mobilização para articulação da rede regional de vigilância do óbito que culminou com a realização do “I Fórum de Vigilância dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil da Região de Saúde de Viçosa-MG”. O Fórum contou com significativa presença de profissionais, gestores e estudantes das áreas de saúde e afins de Viçosa e região e teve como objetivo discutir as dificuldades enfrentadas na vigilância dos óbitos, propondo estratégias de superação. O uso de metodologias participativas estimulou o diálogo, a problematização e a reflexão sobre formas de superação dos problemas, que perpassam pela ampliação da qualificação profissional e do apoio da gestão às ações de vigilância do óbito. Nesse sentido, foi proposta a criação de um Comitê Regional de Vigilância do Óbito (CRV), como espaço privilegiado de discussão e troca de experiências, de modo a manter a rede de vigilância do óbito articulada, mobilizada e capacitada para o trabalho.

Atualmente, o eixo II do PET-Saúde/VS, além de participar da rotina da vigilância do óbito em Viçosa, que inclui investigação e discussão de casos e a alimentação e avaliação de bancos de dados sobre mortalidade, tem atuado no apoio à implementação do CRV, organizando e participando de encontros de discussão sobre sua conformação, responsabilidades, organização e formas de funcionamento.

Sobre esse trabalho, destacamos a importância da ação integrada junto aos municípios da região, fortalecendo o trabalho de vigilância em saúde, especificamente no que tange à vigilância da mortalidade num sentido mais horizontalizado de controle social. Apontamos, ainda, a importância da interação ensino-serviço-pesquisa para a formação de estudantes e profissionais comprometidos com as propostas do SUS, instrumentalizando-os/as para intervir de forma eficaz, a partir do planejamento, controle e avaliação das ações.

### *Eixo III - Vigilância em Saúde ambiental articulada à vigilância epidemiológica*

Esse eixo foi concebido priorizando ações relacionadas ao controle da dengue, à vigilância da qualidade da água para consumo humano e à formação permanente em saúde de profissionais do serviço. Tais atividades estão em consonância com as prioridades da Agenda Estratégica da SVS/MS 2011-2015 “Fortalecimento, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde com as Redes de Atenção à Saúde”; “Vigilância, prevenção e controle da dengue” e “Vigilância da qualidade da água e de populações expostas a agrotóxicos”.

Sua concepção se fundamentou na constatação de que a vigilância em saúde não é um campo de atuação valorizado pelos profissionais da Medicina Veterinária, sendo, normalmente, a opção eleita quando as escolhas prioritárias não foram alcançadas. Também é comum o/a profissional desse serviço atuar em diferentes empregos, impactando, frequentemente, a qualidade do trabalho desenvolvido. Adicionalmente, o estímulo à atuação integrada das vigilâncias em temáticas como água para consumo humano e prevenção/controle de zoonoses (dengue) potencializa intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tais elementos, em contextos especí-

ficos de práticas em saúde, permitem a operacionalização da nova Política Nacional de Atenção Básica, que inclui o/a médico/a veterinário/a no NASF (BRASIL, 2011). Adicionalmente, de forma a promover maior sensibilização dos/as acadêmicos e potencializar ações interdisciplinares, procurou-se incluir nesse grupo tutorial estudantes de outros cursos de graduação, nesse caso, graduandos/as em enfermagem.

Assim, como objetivos desse eixo têm-se (i) inserir acadêmicos/as (em especial da Medicina Veterinária) na experiência da vigilância em saúde, refletindo sobre a rotina do serviço e sensibilizando-os/as para atuação profissional na área; (ii) promover a formação/atualização dos agentes de combate às endemias (ACEs); (iii) contribuir para a ressignificação do profissional e do trabalho do ACE e (iv) articular diferentes atividades de vigilância (epidemiológica e em saúde ambiental), com ênfase na coleta e análise integrada de dados de sistemas de informação e indicadores de saúde e ambiente.

A execução do projeto vem se dando a partir da realização das caminhadas transversais; construção e condução de oficinas de formação/atualização; alimentação de sistemas de informação e análise de dados; realização de pesquisa, com aplicação de questionário estruturado a moradores do município, sobre a percepção do trabalho e do profissional do Programa Municipal de Controle de Endemias.

As caminhadas transversais aproximam os/as estudantes do trabalho dos ACE possibilitando trocas de experiências e o compartilhamento de conhecimentos técnicos. Várias dificuldades são relatadas, como falta de capacitação adequada e atualização periódica; não retorno do resultado do trabalho; falta de apoio do poder público, resultando na ausência de estabilidade no emprego e baixa remuneração. Por outro lado, as caminhadas transversais têm se apresentado como momentos

ímpares de experimentação e percepção pelos/as estudantes de aspectos subjetivos que permeiam o trabalho dos ACEs, que resultam, por exemplo, na resistência da população em receber o profissional nas residências, aspecto que poderá ser aprofundado com a atividade de pesquisa em andamento.

A análise integrada de bancos de dados vem permitindo caracterizar diferentes agravos, refletindo sobre seus determinantes e operacionalizando conceitos e técnicas apreendidos em disciplinas do curso, como o processo saúde-doença enquanto objeto de medidas preventivas e de controle e construção de indicadores epidemiológicos, sanitários e ambientais. Também, a partir da vivência do trabalho dos ACEs, experimentada através das caminhadas transversais realizadas pelos estudantes com esses profissionais, têm-se construído uma agenda de formação/capacitação desses profissionais, considerando suas demandas e dificuldades.

O envolvimento dos ACEs nas oficinas, planejadas a partir das demandas/dificuldades identificadas, é expressivo, sugerindo interesse e mobilização sobre as temáticas tratadas, o que em parte é avaliado como resultante das técnicas participativas adotadas como estratégias de identificação dos conteúdos tratados (a partir das caminhadas transversais, por exemplo) e de condução das oficinas. Considerando o aspecto metodológico adotado na condução das oficinas, priorizamos técnicas participativas que estimulam a fala e o diálogo entre os participantes, promovendo a circularidade de saberes e a construção interdisciplinar do conhecimento. Particularmente, o ‘estudo de caso’, elaborado a partir de cenas e experiências do cotidiano dos ACE e preceptores, tem revelado grande potencial mobilizador do grupo. Também, a utilização de ‘estudos de caso’ permite melhor apropriação de conteúdos, estimulando debates sobre particularidades e a associação dos casos apre-

sentados a situações já vivenciadas na prática profissional, tornando o aprendizado significativo.

Considerando os/as acadêmicos, mais do que o treinamento técnico, a experiência tem oportunizado a reflexão sobre a realidade da população e a rotina do serviço de saúde, permitindo a resignificação de situações, atitudes e comportamentos e também do papel do/a Médico/a Veterinário/a e do/a Enfermeiro/a como profissional de saúde.

### **Educação popular e metodologias participativas**

Segundo Ceccim e Ferla (2009), “[...] enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho”, entretanto, apesar de diferentes, ambas têm pontos em comum. Considerando que a formação de estudantes em saúde pelo trabalho nos serviços do SUS é fundamental, a *praxis* e o princípio da dialogicidade, no sentido dado por Freire (1987), são imprescindíveis para que o trabalho educativo seja implementado no contexto dessa experiência. O encontro entre diferentes sujeitos, saberes e práticas que acontece ao “cooperar” ensino e serviço em saúde explicita hierarquias e relações de poder entre sujeitos, saberes e práticas. A ação educativa demanda, assim, métodos e práticas que possam reconhecer o sujeito em sua totalidade, na esfera social e cultural, levando em conta sua identidade e experiências para que possa haver um aprendizado significativo (FREIRE, 1987).

Para tanto, metodologias participativas mostram-se relevantes, pois pressupõem que o processo de aprendizagem surge da interação dos sujeitos, seus sentimentos, atitudes, crenças, costumes e ações. Considerando e integrando a subjetividade no processo educativo, tais metodologias estimulam a reflexão sobre a realidade, reorientando posturas, atos e opiniões a partir da visão crítica da realidade cotidiana.

É reconhecida a crítica aos currículos organizados em uma estrutura formal e positivistas, com a verticalização e compartimentalização dos saberes, desembocando numa especialização extremada do conhecimento. No campo da saúde, algumas críticas estão singularizadas na hegemonia da perspectiva hospitalocêntrica, do discurso biomédico como prática de poder, da especialização e do tecnicismo.

Assim, para enfrentar essa disposição de conhecimentos e saberes da formação universitária, incorporando a educação permanente e localizando a *práxis* como categoria filosófica, a estratégia metodológica foi eleger a experiência como mediação educativa. Utilizando o portfólio, técnicas de Diagnóstico Rápido Participativo, dinâmicas de grupo e, também, a participação em espaços eminentemente políticos e de controle social (conferências de saúde, audiências públicas, comitês de prevenção dos óbitos maternos e infantis), as experiências das/os estudantes têm sido objeto de discussão e reflexão crítica. Estratégias metodológicas participativas têm permitido inquirir sobre algumas ‘verdades’, estereotípias, preconceitos e, principalmente, lugares de poder que pareciam estar naturalizados ou invisíveis.

A categoria gênero tem papel importante nesse processo, principalmente do ponto de vista epistemológico. Segundo Weitzman (2008), é importante pensar em técnicas participativas que possam facilitar as diversas formas de expressão, nas quais as pessoas possam ver, ouvir, sentir e pensar, favorecendo a reflexão crítica sobre problemas vivenciados na comunidade, sobre relações pessoais estabelecidas, conflitos e a possíveis mudanças nas práticas cotidianas.

Segundo Dias, Tocantins e Silva (2007), educação, nessa perspectiva [...] prescinde de escuta sensível e de ação compartilhada entre professores e alunos, capaz de desencadear

processos autônomos de produção de conhecimento. Ou seja, o uso das metodologias participativas não consiste em ensinar e sim estimular o desenvolvimento da reflexão crítica e o estímulo à criatividade e iniciativa. Esse processo é construtivo onde a pessoa pensa, entende e aplica o conhecimento. Segundo Ribeiro e Mota (1996), o uso das metodologias participativas permite que todos/as compartilhem da construção coletiva de conhecimento dando abertura às diferentes formas de expressão e contemplando as diversas formas e tempos de aprendizagem.

### **“Cooperação” ensino e serviço**

Na UFV, a articulação entre instituições de ensino e serviço para viabilizar o PET-Saúde/VS não se deu pelos cursos de graduação envolvidos (enfermagem e medicina veterinária) ou suas instâncias administrativas como Departamentos ou Coordenações.

Considerando os eixos ‘vigilância da violência contra a mulher’ e ‘produção de informação sobre mortalidade’, as atividades foram formuladas e viabilizadas pelo NIEG, enquanto atividade de extensão em interface com a pesquisa, contemplando o enfrentamento da violência contra a mulher. O NIEG tem sua trajetória marcada por trabalhos junto às unidades de saúde da ESF desde 2000. Nos primeiros anos, desenvolveu projetos de extensão e pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva, com atividades formativas envolvendo ACS. Posteriormente, ampliam-se os campos formativos, incluindo a questão da violência de gênero.

O eixo ‘vigilância em saúde ambiental articulada à vigilância epidemiológica’ foi concebido e estruturado a partir da parceria já existente entre a UFV, especificamente a partir do Departamento de Veterinária, e o SVE/SMS, envolvendo ati-

vidades no campo da saúde coletiva, que articulam conteúdos de epidemiologia e de vigilância em saúde. Essa parceria também envolve a participação do NIEG, na medida em que várias das ações desenvolvidas partem ou se valem de abordagens e ferramentas que dialogam com o referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa, o que tem se viabilizado de forma bastante produtiva a partir da inserção de acadêmicos (pesquisadores e estudantes) da área da Medicina Veterinária no NIEG.

Na oportunidade dos editais PET-Saúde/VS, as parcerias estabelecidas com o SVE/SMS contemplaram desde a formulação e execução do projeto, até a organização do serviço para receber estudantes. Contudo, por sua abrangência, o projeto envolveu, além do SVE/SMS, a ESF e outros produtores de informação (na primeira edição) e o Programa Municipal de Controle de Endemias e o CMPOMFI, na segunda edição.

Os resultados da constituição orgânica do PET-Saúde/VS da UFV têm trazido mudanças nos serviços de saúde local e regional e também no ensino na saúde. No serviço de saúde local, as mudanças estão relacionadas à potencialização do uso de sistemas de informação (da saúde e outros) para análise integrada de dados sobre violência contra a mulher, doenças infecciosas (dengue e doença diarreica aguda), óbitos e qualidade da água para consumo humano. Consequentemente, a produção da informação tem sido agilizada, qualificada e ajustada às demandas e especificidades locais. As atividades formativas com ACS, ACE e outros profissionais vêm impactando a produção da informação, já que depende de profissionais atentos e sensíveis à importância da coleta de dados nas ações de vigilância em saúde. Mudanças também acontecem no sentido do controle social, pois, dentre as representantes do governo

municipal na última composição do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, a maioria é do setor saúde.

Ainda como cenários que se projetam a partir dos resultados do PET-Saúde/VS, têm-se a constituição do CRV e a ampliação do Curso de Residência em Medicina Veterinária, do Departamento de Veterinária da UFV, com a inserção de residentes na rede de atenção primária.

### **Considerações finais**

A experiência do PET-Saúde/VS da UFV vem produzindo saberes e práticas que articulam diferentes campos permitindo problematizar questões relacionadas à resolubilidade dos serviços de saúde ao tratar de fenômenos complexos a exemplo dos óbitos materno, fetal e infantil, da violência contra a mulher e de agravos emergentes e re-emergentes.

Assinalamos também que a proposta vem fortalecendo a formação técnica, política e cidadã dos/as acadêmicos/as e profissionais por colocar em evidência demandas e especificidades locais, permitindo refletir sobre dificuldades e formas de superação, reconfigurando posturas de trabalho. Entretanto, a experiência também carrega dificuldades. O exercício da reflexão sobre as vivências pelas/os estudantes, transformando tais vivências em experiências, está continuamente na fronteira do ativismo ou do praticismo. Tal imposição é quase sempre consequência da fragilidade (formação profissional, relações de trabalho e infraestrutura) dos contextos de alguns serviços de saúde utilizados como cenários de prática e das urgências das demandas cotidianas, que guardam em si um apelo importante por se tratarem da área da saúde.

Assim, incorporar a experiência do PET como formação política-cidadã e também como formação profissional tem sido o desafio pedagógico de tutoras, preceptoras/es e estudantes.

Outra questão que se impõe, tanto para o NIEG quanto para o SVE/SMS, é a continuidade da proposta do PET. Nesse sentido, ainda que o financiamento das ações do PET Saúde/VS, formalizado a partir das bolsas pagas a tutores, preceptores e estudantes, não seja o único aspecto que contribua para a construção e consolidação de uma integração ensino-serviço, é um aspecto relevante, pois os vínculos formalizados financeiramente podem favorecer e estimular relações de compromisso e de pertencimento ao projeto e ao uso do espaço e tempo do serviço, sendo essa uma ação importante que contribui para que relações possam ser tecidas, articulando afinidades políticas e sociais. Assim, como as/os estudantes dão suporte ao serviço, a interrupção do programa tenderá a criar ruptura em pelo menos dois sentidos. Um mais pragmático, expresso no decréscimo na intensidade e qualidade dos resultados que os serviços produzem. Outro, mais subjetivo, relacionado ao entusiasmo dos profissionais do SVE/SMS, pelo apoio que os/as estudantes vêm dando na rotina do serviço, tornando possível a realização de atividades antes apenas idealizadas.

Ressaltamos, ainda, que, apesar das mudanças significativas que o PET-Saúde/VS tem promovido nos serviços de saúde, sua capacidade de mudança nos currículos dos cursos de graduação envolvidos ainda é insipiente. Entretanto, percebemos a influência da formação dos estudantes bolsistas e voluntários no cotidiano das salas de aula, indicada pelo conhecimento que demais estudantes têm sobre o projeto e suas práticas; pelas temáticas dos trabalhos apresentados pelos bolsistas por demanda dos professores; pela demanda por coorientação dos tutores do PET-Saúde/VS em trabalhos de conclusão de curso de acadêmicos e pelas participações pontuais de tutores e preceptores em atividades acadêmicas de algumas disciplinas dos cursos de graduação, sendo tais incursões mais evidentes no curso de graduação em Enfermagem.

## Referências

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 Out 2011.

BOURDIEU, P. O capital social – notas provisórias. In: Catani A, Nogueira MA, organizadores. **Escritos de educação**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 65-69.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 162-168.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc Saúde Colet**. 2005; 10(4):975-986.

DIAS, L.M.C; TOCANTINS, F.R; SILVA, T.J. A educação permanente como instrumento de transformação nas práticas do assistir / cuidar da enfermagem. **Enferm Glob**. 2007; 6(10):1-8.

FARIA, A.A.C; FERREIRA NETO, P.S. **Ferramentas do diálogo – qualificando o uso das técnicas do DRP**: diagnóstico rural participativo. Brasília, DF: MMA/IEB; 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

JANTSCH, A.P; BIANCHETTI, L; organizadores. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes. 1995.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

MANCIA, J.R; CABRAL, L.C; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**. 2004; 57(5):605-610.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: MS; 2009.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.

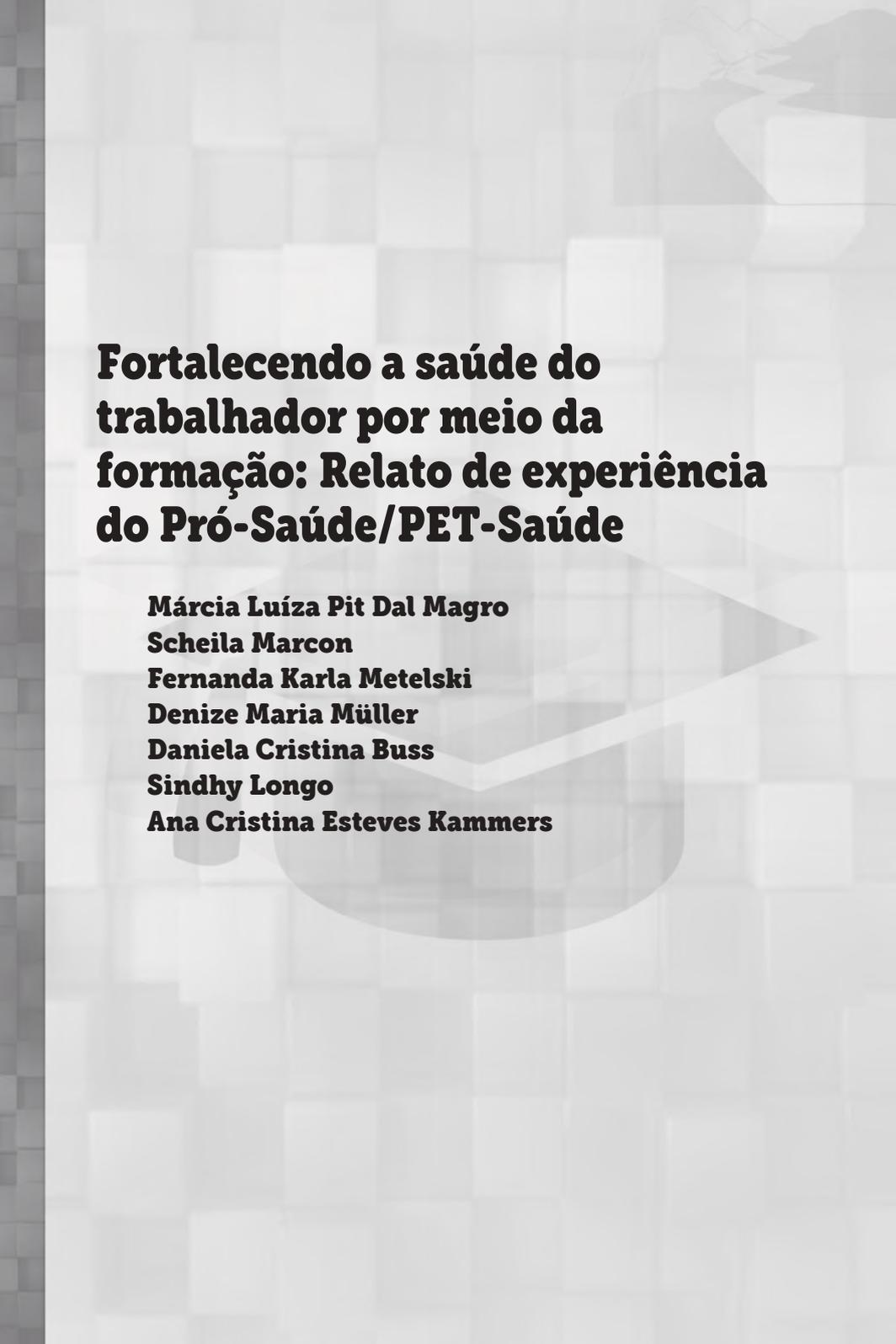
RIBEIRO, E.C.O; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulg Saúde Deb**. 1996; (12):39-44.

TAQUETTE, S.R; organizador. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**: propostas de intervenção para o setor saúde módulo de auto-aprendizagem. Brasília, DF: SPM; 2007.

WEITZMAN, R. **Educação popular em segurança alimentar e nutricional**: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas; 2008.







# **Fortalecendo a saúde do trabalhador por meio da formação: Relato de experiência do Pró-Saúde/PET-Saúde**

**Márcia Luíza Pit Dal Magro**

**Scheila Marcon**

**Fernanda Karla Metelski**

**Denize Maria Müller**

**Daniela Cristina Buss**

**Sindy Longo**

**Ana Cristina Esteves Kammers**

A adoção do conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, reconhece a categoria trabalho como uma dimensão fundamental dos processos de saúde e doença. Desde então, registram-se muitos avanços no campo teórico-metodológico que aborda a relação entre trabalho e saúde, bem como no marco regulatório que orienta as ações voltadas à saúde do trabalhador.

No contexto brasileiro, a promulgação da Constituição Federal de 1988 instituiu o direito universal à saúde e a Lei nº 8.080 de 1990 regulamentou a saúde do trabalhador como competência do SUS. A década de 1990 foi marcada também por ações como a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), que recomendava a criação de unidades especializadas nessa área, e a instituição da Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A partir de 2002, iniciou-se o esforço para constituir a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual foi organizada com o propósito de “[...] implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção a saúde já exercida no SUS” (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p.92). Nesse período, começou a estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os quais são compreendidos como eixo central para a implementação da referida rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2008, a Saúde do Trabalhador foi definida como área prioritária no Pacto pela Vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), e em 2012 foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), que tem como objetivo: “[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a

serem observadas nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 01).

Apesar dos avanços registrados anteriormente, a tradução dos mesmos em ações concretas no Sistema de Saúde, que reflitam em melhora nos serviços, nas condições de vida e de saúde e nos processos de trabalho, ainda se caracteriza como um desafio e exige o redimensionamento das concepções e práticas no interior do SUS. Nesse cenário, se destaca a importância de reorientar a formação dos profissionais de saúde, com vistas a atender as necessidades do SUS de modo geral e da saúde do trabalhador de modo particular.

Entre as estratégias apontadas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador está a capacitação de recursos humanos. Essa se dá, entre outras formas, pela “inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.5).

A capacitação de recursos humanos por meio da formação, como forma de atender as demandas do sistema de saúde brasileiro, compõe uma estratégia mais geral, a qual leva à reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam os projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde (FREITAS et al, 2013) desde 2001. Na mesma direção, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2007, também busca redimensionar as concepções e práticas da saúde pública por meio dos processos formativos, reconhecendo o potencial educativo dos contextos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ao encontro das ações acima descritas, foram criados o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE). As ações realizadas a partir do Pró-Saúde e PET-Saúde têm possibilitado diversas experiências inovadoras e positivas no contexto da saúde pública brasileira. Essas podem ser observadas em estudos que compreendem desde a formação de profissionais capacitados para responderem às necessidades da população, até o redimensionamento das práticas no cotidiano dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2012).

No horizonte das colocações acima, o objetivo deste relato é descrever e refletir sobre a experiência que vem sendo realizada por meio dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. Essa, diz respeito ao projeto “Rede de cuidados em saúde do trabalhador”, o qual faz parte da Proposta Integrada no eixo Cenário de Práticas, intitulada “Consolidando o movimento de reorientação da formação profissional em saúde da Unochapecó”, aprovada no edital N<sup>o</sup> 24/2011 Pró-Saúde/PET-Saúde. A referida proposta foi implementada mediante parceria entre a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e a Secretaria de Saúde do município.

O projeto iniciou em agosto de 2012 com término previsto para dezembro de 2014 e delineou como objetivo geral desenvolver estratégias de atenção integral à saúde do trabalhador, articulando ações entre a atenção básica, os serviços de referência e a Instituição de Ensino Superior, fortalecendo a reorientação da formação profissional.

## **Construção do projeto e delimitação do cenário de prática**

Chapecó é um município que está localizado no oeste do estado de Santa Catarina e tem aproximadamente 180.000 habitantes (IBGE, 2012). Entre os serviços que compõem sua rede pública de saúde destacamos a presença de vinte e seis Centros de Saúde da Família (CSF), seis unidades especializadas e a vigilância em saúde. Nos dois últimos, encontram-se o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST), que desenvolve assistência, e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que centra suas ações na vigilância e capacitação em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2010).

As principais atividades econômicas da região estão no setor de serviços, que hoje representa 71,25% do PIB municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2012) e as da Indústria de Abate e Processamento de Carnes, conhecidas na região como agroindústrias. Essas empregam aproximadamente 20% da população ocupada do município (IBGE, 2012) e são reconhecidas pela alta incidência de agravos que ocasiona à saúde de seus trabalhadores (SARDÁ; RUIZ; KIRTSCHIG, 2009; ARAÚJO; GOSLING, 2008) aspecto que define, em grande parte, as demandas atendidas pela rede de saúde do município (DAL MAGRO; COUTINHO; MORÉ, 2013).

A construção de um projeto voltado à saúde do trabalhador nessa região partiu de experiências acumuladas por meio da participação da UNOCHAPECÓ em editais do Pró-Saúde e PET-Saúde desde 2005. Essa trajetória permitiu o reconhecimento de problemáticas relacionadas às condições de trabalho, aos agravos que acometem os trabalhadores usuários e ao modo como se dá a atenção à saúde no referido território.

Também foi possível estabelecer parcerias com os serviços públicos de saúde e com os profissionais que atuam nos mesmos, a fim de construir a proposta a partir das necessidades locais.

Para a realização do projeto “Rede de cuidados em saúde do trabalhador”, elegeram-se como principais espaços de inserção dois Centros de Saúde da Família do setor Oeste do município e o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador. Vale destacar que os serviços de atenção básica possuem características que favorecem a inserção de ações de saúde do trabalhador, como a abordagem territorial e a facilidade para a constituição de redes de atenção à saúde (DIAS, 2010).

A equipe envolvida no projeto contou com seis profissionais de saúde do município que atuaram como preceptores, entre os quais, profissionais vinculados aos CSF eleitos, ao SAST, à gestão e a um hospital local; dois professores da Uno-chapécó que atuaram como tutores; doze estudantes bolsistas; estudantes voluntários de diferentes cursos de graduação. Participaram os cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Serviço Social, Odontologia e Psicologia.

O método que norteou as ações realizadas pelo projeto foi a Pesquisa Ação Participativa (PAP). Essa abordagem assume uma forma sequencial e cíclica/espiral de diagnóstico, planejamento, ação e reflexão, conduzida com e pelas pessoas a quem o problema diz respeito, em cujo processo o poder é compartilhado (CORNWALL; JEWKES, 1995). A Pesquisa Ação Participativa é composta por quatro fases, que não se dão de forma linear, sendo elas: identificação das situações iniciais; projeção da pesquisa e da ação; realização das atividades previstas; e avaliação dos resultados (DIONNE, 2007). Nesse sentido, a PAP possibilitou a realização de atividades de pes-

quisa e intervenção que se retroalimentaram durante a realização do projeto envolvendo os diferentes atores do processo.

As atividades do projeto foram realizadas por meio da organização de grupos de trabalho e contaram com momentos presenciais e de dispersão. Os encontros presenciais com estudantes, tutores e preceptores foram realizados quinzenalmente na universidade e destinados ao estudo coletivo, planejamento de ações e à socialização das atividades realizadas durante a semana. Entre esses encontros, houve momentos de dispersão em que os subgrupos se reuniam para planejarem e desenvolverem as ações no território eleito, bem como realizarem atividades de leitura, pesquisa, participação em eventos entre outras. Foi utilizado como recurso o ambiente virtual do Moodle, permitindo maior interação entre os componentes do grupo, e um registro coletivo das ações realizadas.

O projeto elegeu duas frentes de ação principal: uma voltada ao contexto universitário, principalmente os cursos de graduação da área da saúde; outra voltada à rede de saúde, em especial os serviços eleitos como foco das ações.

## **A saúde do trabalhador na formação universitária**

O início das atividades do projeto se deu por meio da aproximação dos diferentes sujeitos (estudantes e preceptores) envolvidos com a temática, em busca de socializar as distintas experiências acadêmicas e profissionais, bem como estudar conceitos e documentos importantes ao campo da saúde do trabalhador e da saúde pública. Essa estratégia também contou com o reconhecimento das ações previstas para a saúde do trabalhador no plano municipal de saúde e o mapeamento dos serviços oferecidos pela rede de saúde local.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora indica a importância de inserir referências e conteúdos curriculares relacionados à saúde do trabalhador na formação de profissionais de nível superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Tendo isso em vista, buscou-se reconhecer como os diferentes cursos de graduação envolvidos no projeto vinham abordando o tema saúde do trabalhador em seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). Os resultados encontrados foram analisados em relação aos objetivos dos programas Pró-Saúde, PET-Saúde e das competências e habilidades descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação envolvidos no projeto.

Por meio dessa atividade foi possível observar aspectos como a presença explícita de conteúdos relacionados à saúde do trabalhador nas grades curriculares de cursos como Psicologia e Fisioterapia, assim como cursos que possuem apenas conteúdos de saúde pública, em que a aproximação com a temática estudada precisa ser construída, como nos cursos de Farmácia e Nutrição. No entanto, também se observou que a presença desses conteúdos não garante que sejam trabalhados na perspectiva da abordagem integral dos processos de saúde e doença como propõe o SUS.

A análise permitiu ao grupo problematizar o quanto os conteúdos presentes nos PPCs respondem as necessidades do SUS, possibilitando a formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capazes de atuar em todos os níveis de atenção à saúde (ROSSONI, LAMPERT, 2004). Nesse sentido, reconheceram-se as potencialidades e dificuldades no processo de formação dos cursos analisados, bem como os reflexos dessas na inserção dos estudantes nos serviços de saúde, percebida pelos profissionais da rede.

As atividades realizadas nesse primeiro momento conduziram o planejamento das ações do projeto voltadas à formação no contexto universitário, para as quais se delinearam os seguintes objetivos: (1) fortalecer as discussões em torno do tema saúde do trabalhador nos diferentes cursos de graduação; (2) integrar as ações dos cursos de graduação voltadas à saúde do trabalhador realizadas na rede de saúde; (3) ampliar a divulgação dos projetos do Pró-Saúde e PET-Saúde junto à comunidade acadêmica.

Entre as ações elencadas para atender aos objetivos propostos, buscou-se, de modo articulado ao projeto, inserir discussões e intervenções voltadas à saúde do trabalhador nos estágios curriculares dos cursos da área da saúde que vinham ocorrendo nos serviços do SUS. Isso se deu primeiro nos componentes curriculares em que os estudantes bolsistas estavam inseridos, voltando-se ao trabalho em equipe e à abordagem integral dos processos de saúde e doença relacionados ao trabalho junto aos usuários dos serviços.

Após, foram realizadas reuniões nos CSF eleitos como cenários de prática do projeto, em que participaram gestores, estudantes e professores que estavam inseridos no serviço com atividades acadêmicas. Nesse sentido, destaca-se que a ação multiprofissional e interdisciplinar possibilitada por ações como essa “[...] pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos” (BARROS; ROCHA, 2007, p. 461). Na ocasião, buscou-se sensibilizar esses atores para o tema saúde do trabalhador a partir da socialização dos dados coletados por meio das pesquisas do projeto, bem como articular ações entre os cursos, voltadas às demandas nesse campo.

A integração ensino-serviço-comunidade, propiciada pelos projetos do Pró-Saúde e fortalecida pelo PET-Saúde, coloca o estudante e o professor em contato direto com a realidade, na interlocução com outros profissionais, contribuindo para a formação de sujeitos conhecedores do SUS e mais instrumentalizados para o exercício profissional. “A dinâmica interdisciplinar do programa tende a favorecer a apreensão de um novo conhecimento para a produção de outras práticas que intencionam a articulação do saber com as necessidades dos indivíduos” (MORAIS et al, 2012, p. 544). Tendo em vista essas reflexões, compreende-se que as atividades realizadas com foco nos estágios curriculares podem facilitar a continuidade das ações propostas pelo projeto, após o término do mesmo.

As ações na universidade também contaram com a socialização dos resultados das pesquisas realizadas por meio do projeto, nos componentes curriculares que faziam relação com o tema saúde do trabalhador e/ou saúde pública e em eventos de cunho científico<sup>5</sup>. Esses momentos oportunizaram o debate acerca do tema saúde do trabalhador e das ações realizadas pelo Pró-PET-Saúde e sua relação com a formação dos estudantes e profissionais que participam do programa.

Os estudantes e preceptores tiveram a oportunidade de contribuir na organização de eventos como a II Semana Municipal de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Saúde do Trabalhador do Município de Chapecó (II SEMPAT) organizado pelo CEREST, e o Curso “Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde”, promovido pela Unochapecó, em parceria com a Universidade Federal do Rio

---

5 Até o momento foram apresentados mais de 20 trabalhos referentes ao projeto em 4 eventos científicos.

Grande do Sul<sup>6</sup>). Participaram ainda da 2ª Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador (a) da Região do Grande Oeste Catarinense. Avalia-se que essas experiências contribuíram de forma significativa para a formação técnico-científica dos estudantes e preceptores, bem como auxiliaram na promoção de discussões relacionadas à saúde do trabalhador e do Pró-Pet-Saúde na região.

### **Fazendo Saúde do trabalhador por meio da educação permanente**

Em um segundo momento, as atividades do projeto começaram a ocorrer na rede de saúde, a fim de construir ações voltadas à saúde do trabalhador a partir das demandas presentes nos cenários de prática. Nesse sentido, a perspectiva da Pesquisa Ação Participativa aponta que as atividades no território devem ser realizadas em estreita associação com “[...] a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 1985, p. 14). Assim, como um primeiro passo para sensibilizar os profissionais de saúde para o tema proposto pelo projeto, foram levantadas informações que auxiliassem na identificação e problematização das demandas em saúde do trabalhador atendidas nos CSF e SAST.

Nessa direção, foi realizada uma pesquisa a fim de identificar o perfil de agravos que acometiam os trabalhadores do município de Chapecó, por meio do estudo das notificações

---

6 Essa atividade esteve vinculada a projeto de pesquisa demandado pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde com apoio do Fundo Nacional de Saúde, o qual envolve diversos CERESTs e Universidades do país, coordenado pelo Prof. Álvaro Crespo Merlo da UFRGS. A Unochapecó, por meio do projeto “Rede de Cuidados em Saúde do Trabalhador”, participou da referida pesquisa.

de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais enviadas ao CEREST. Os resultados dessa pesquisa foram socializados inicialmente com as equipes do CEREST e SAST, momento em que se discutiram os desafios e as possibilidades de ação desses serviços junto à atenção básica. Em um segundo momento, esses dados foram apresentados nos dois CSF vinculados ao projeto, ação que oportunizou iniciar o debate sobre as demandas em saúde do trabalhador percebidas pelas equipes de saúde, bem como os desafios e potencialidades para atender as mesmas nesses serviços. Também permitiu retomar com as equipes os objetivos da notificação dos agravos em saúde do trabalhador, reafirmando elementos de capacitações realizadas anteriormente pelo CEREST.

A partir dessa ação inicial, definiram-se novas pesquisas com o objetivo de mapear as demandas e as intervenções que essas suscitavam, assim como as problemáticas que envolviam a atenção à saúde do trabalhador nos CSF e SAST. Para tanto, foram utilizados diferentes instrumentos e técnicas de pesquisa como a aplicação de formulários, a realização de entrevistas e de grupos focais, as quais envolveram trabalhadores usuários e profissionais de saúde dos diferentes serviços.

Entre os resultados encontrados destacou-se uma grande demanda relacionada à saúde do trabalhador nos CSF, especialmente relacionada às dores osteomusculares, bem como que a atenção básica é uma das principais referências para os usuários lidarem com os problemas de saúde relacionados ao trabalho, reafirmando a importância de centrar ações nesse nível de atenção (DIAS, 2010). Ademais, observou-se que as principais ações para atender essas demandas nos CSF ainda estão centradas nas consultas médicas e na prescrição de medicamentos, indicando a necessidade de diversificar as ofertas terapêuticas e desenvolver estratégias de atenção integral

à saúde do trabalhador (SOUZA; VIRGENS, 2013). Por outro lado, mostrou que o serviço de referência em saúde do trabalhador consegue produzir respostas diferentes dos CSF, diversificando suas ofertas terapêuticas.

Apesar da relevância das dificuldades que permeavam a atenção à saúde do trabalhador, as pesquisas também indicaram diversas demandas relacionadas à saúde dos profissionais de saúde da atenção básica. Essas vão ao encontro de outros estudos (MARTINS, 2011) que mostram que os profissionais de saúde estão expostos a diversos riscos laborais relacionados às suas atividades, entre os quais se destacam a grande carga de trabalho e o contato com o sofrimento do usuário. Nesse sentido, a humanização da atenção à saúde é uma demanda atual e, para que o cuidado integral ocorra, é necessário desenvolver ações de cuidado em relação ao profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na mesma perspectiva da PAP, a Política Nacional de Educação Permanente aponta a prática profissional como fonte de problemas, bem como de conhecimento e os trabalhadores dos serviços como potenciais “[...] construtores do conhecimento e de alternativas de ação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.44). Nesse sentido, percebeu-se que desenvolver ações para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à saúde dos profissionais de saúde também potencializaria a inserção de ações voltadas à saúde dos trabalhadores usuários dos serviços.

Levando em consideração as demandas apontadas pelas equipes de saúde, o grupo do Pró-PET Saúde, em parceria com o SAST, desenvolveu nos CSF participantes do projeto atividades voltadas à saúde dos profissionais da saúde. Para tanto, partiu-se de ações já desenvolvidas no serviço de referência em saúde do trabalhador, replicando as mesmas na atenção

básica. Inicialmente foram apresentadas nos CSF as atividades realizadas no SAST para que os profissionais escolhessem as que tinham interesse em participar. Assim, foram realizadas práticas corporais/relaxamento, dança circular e Reiki. O desenvolvimento das atividades envolvia os profissionais do SAST com auxílio dos estudantes e preceptores do Pró-PET-Saúde.

Avaliou-se que as atividades voltadas aos profissionais de saúde tiveram grande aceitação por parte da equipe, sendo que vários participantes sugeriram a continuidade das mesmas no serviço. Como aspectos positivos destas ações foram citados o relaxamento, bem-estar e a melhora nas relações interpessoais da equipe. Também foi possível despertar nos servidores a atenção para o cuidado do cuidador, aspecto crucial para o desenvolvimento de um atendimento mais humanizado. Essas ações também possibilitaram uma maior aproximação entre serviço de referência e atenção básica.

Por fim, conclui-se que as ações realizadas na rede de saúde transformaram-se em ferramentas dinamizadoras da valorização do profissional do SUS e instrumentos de capacitação para a saúde do trabalhador. As atividades propostas pelo projeto nos serviços também permitiram aos estudantes, profissionais e professores, dialogar com as concepções vigentes nos cenários trabalhados, problematizá-las e construir novas práticas, criando espaços coletivos e zonas de comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

## **Considerações finais**

O projeto vinculado ao Pró-PET-Saúde “Rede de cuidados em saúde do trabalhador” possibilitou a aproximação dos diferentes atores envolvidos, das problemáticas que permeiam o campo da saúde do trabalhador no SUS, capacitando profis-

sionais e estudantes como prevê a PNST. Além de fortalecer a discussão dessa área temática na universidade e nos serviços em que estava inserido, o projeto permitiu o exercício da interdisciplinariedade e multiprofissionalidade como objetivam os programas Pró-Saúde e PET-Saúde.

Avalia-se que a inserção dos estudantes nos cenários de prática por meio do projeto ou de forma articulada a esse, como no caso dos estágios curriculares, auxiliou a entender o funcionamento dos serviços de saúde e as necessidades dos trabalhadores usuários e profissionais de saúde. Nesse sentido, a inserção na realidade dos serviços de saúde possibilitou aos diferentes atores envolvidos vivenciar a realidade dos serviços associando teoria e prática.

Destaca-se na trajetória do projeto o potencial do uso da Pesquisa Ação Participativa para a capacitação de recursos humanos na área da saúde, seja na formação acadêmica ou nos espaços de Educação Permanente. Nesse sentido, essa abordagem possibilitou planejar ações que levassem em consideração as necessidades da universidade, dos serviços de atenção básica e serviços de referência, favorecendo a aproximação com as equipes de saúde e as transformando em coparticipantes no processo de reflexão sobre as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas.

A guisa de conclusão destaca que, entre os desafios dos projetos do Pró-Saúde e PET-Saúde, como esse que foi relatado, está a necessidade de encontrar maneiras de garantir a continuidade das ações desenvolvidas, tanto na universidade como nos serviços de saúde. Nesse sentido, promover articulações desses projetos com os componentes curriculares das disciplinas e estágios e implicar os profissionais de saúde do território para que assumam as ações propostas podem se constituir como estratégias importantes. Por fim, a aproximação entre os

projetos do Pró-Saúde e PET-Saúde evidenciaram um potencial importante para o fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS.

## Referências

ARAÚJO, C.G; GOSLING, M. Gestão de acidentes de trabalho em uma empresa frigorífica: um estudo de caso. **Pretexto**. 2008; 9(1): 81-94.

BARROS, M.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet**. 2007; 12(2): 455-464.

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

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 da União**, 19 Set 1990

CORNWALL, A; JEWKES, R. What is participatory research? **Social Science and Medicine**. 1995; 41(12):1667-76.

DAL MAGRO, M.L.P; COUTINHO, M.C; MORÉ, C.L.O.O. O obscurecimento da dor como dispositivo de controle da força de trabalho frente à LER/Dort: o caso das indústrias de abate e processamento de carnes. **Univ. Psychol**. 2013; 12(4): 1197-1211.

DIAS, E. C. (Coord.) **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. [Internet]. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/13128191584462%20Desenvolvimento%20de%20a%E7%F5es%20de%20Sa%FAde.pdf>>. Acesso em 27 Ago 2014

DIONNE, H.A. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Traduzido por Michel Thiollent. 1a.ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2007.

FREITAS, P.H. et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**. 2013; 17(3): 496-504.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. [Internet]. 2012. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/3NXZ>>. Acesso em 28 Ago 2014.

LEÃO, L.H.C; VASCONCELLOS, L.C.F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(1): 85-100. .

MARTINS, L.F. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde [dissertação]**. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: 23 Ago 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, DF: 2007 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

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. Brasília, DF: 26 Ago 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1339/GM, de 18 de Novembro de 1999**. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 18 Nov 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.728, de 11 de Novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF: 11 Nov 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.908, de 30 de Outubro de 1998**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 30 Out 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 325 de 21 de Fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF: 21 Fev 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: 2004.

MORAIS F.R; ET al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde**. 2012; 10(3): 541-551.

OLIVEIRA, M.L.D; et al. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2012; 36(1, supl.2): 105-111.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. **Chapecó em dados**. [Internet]. Chapecó, SC, 2012. Disponível em: <[http://www.chapeco.sc.gov.br/attachments/site\\_chapeco\\_dados/1/chapecoemdados-marco2013.pdf](http://www.chapeco.sc.gov.br/attachments/site_chapeco_dados/1/chapecoemdados-marco2013.pdf)>. Acesso em 27 Ago 2014.

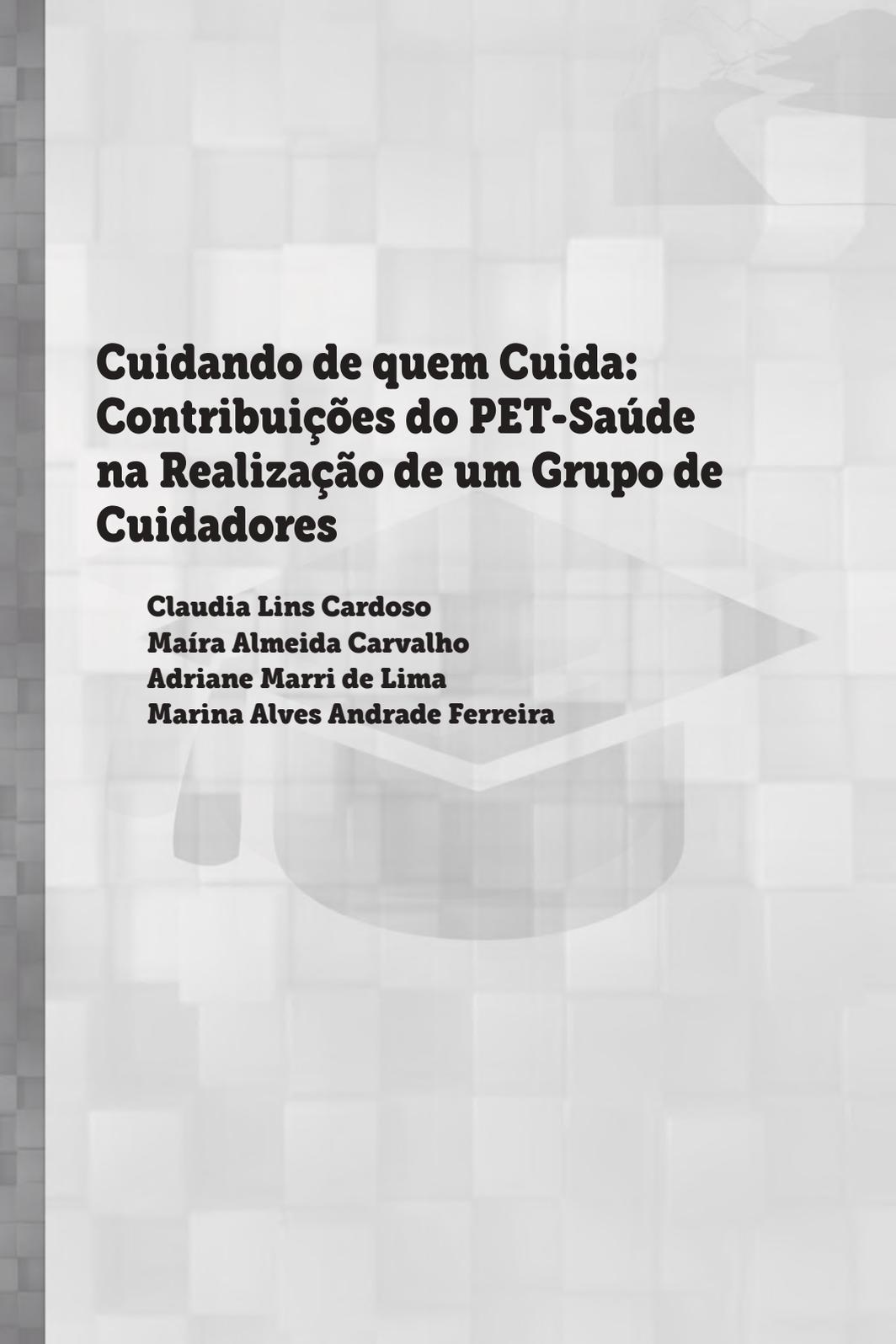
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó – Gestão 2010 – 2013**. [Internet]. Chapecó, SC, 2010. Disponível em: <<http://www.chapeco.sc.gov.br/imprensa/downloads/download/Li9hdHRhY2htZW50cy9zaXRlX3NlY3JldGFyaWFzX3BhZ2VfYmFzaWNvLzZMvGxhbm9tdW5pY2lwYWxzYXVkZS1jaGFwZWNVLTlwMTAtMjAxMy5wZGY=>>. Acesso em 28 Ago 2014.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. **Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares**. Bol. Saúde. 2004; 18(1): 87-98.

SARDÁ, A; RUIZ, R.C; KIRTSCHIG, G. Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. **Acta Fisioterica**. 2009; 16(2): 59-65.

SOUZA, T.S; VIRGENS, L.S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev Bras Saúde Ocup**. 2013; 38 (128): 292-301.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez; 1985.



# **Cuidando de quem Cuida: Contribuições do PET-Saúde na Realização de um Grupo de Cuidadores**

**Claudia Lins Cardoso  
Maíra Almeida Carvalho  
Adriane Marri de Lima  
Marina Alves Andrade Ferreira**

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, fato que se manifesta pela atual tendência de crescimento da população idosa. Segundo dados do último censo do IBGE (2010), existem hoje no país cerca de 2,9 milhões de pessoas com 80 anos ou mais e há uma projeção de que em 2040 a quantidade de pessoas com mais de 50 anos de idade supere a quantidade de indivíduos de 0 a 30 anos. Em relação ao município de Belo Horizonte, a população idosa corresponde a 12% da população total, contabilizando cerca de 285.000 pessoas (SARTINI; CORREIA, 2012).

O constante crescimento da população idosa suscita a necessidade de políticas públicas adequadas que assistam integralmente a terceira idade. Isso ocorre devido ao fato de o envelhecimento da população acarretar um aumento das doenças crônico-degenerativas que demandam cuidados, tratamentos contínuos e acarretam perdas parciais ou totais da capacidade funcional do idoso, instalando-o numa situação de dependência (TAVARES et al., 2012). Essa perda da autonomia e da capacidade de realizar sozinho suas atividades rotineiras leva o idoso a necessitar do auxílio de um cuidador. Na maior parte dos casos, é a família quem assume os cuidados, pois o Sistema Público de Saúde do Brasil ainda não oferece o suporte adequado nem para o idoso que adoecer, nem para a os familiares que dele cuidam (ROCHA; VIEIRA; ROSENI, 2008).

O cuidador da pessoa dependente pode ser formal (profissional capacitado) ou informal (membros da família, amigos) e, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, ele é reconhecido como:

... a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação,

higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (BRASIL, 1999).

A partir desta definição, percebe-se que o ato de cuidar não é uma tarefa fácil. Tanto para o trabalhador formal, quanto para o trabalhador informal, é uma atividade que exige presença e atenção constantes, além de intensa dedicação e doação ao outro, o que pode gerar grande desgaste físico e emocional. Por isso, segundo Camargo (2010), ofertar suporte para os cuidadores familiares configura-se como um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de superar esse desafio, foi criado, em âmbito municipal, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, uma estratégia de promoção à implementação da Política de Atenção à Saúde do Idoso na Rede SUS de Belo Horizonte. O projeto da Secretaria Municipal de Saúde foi aprovado junto ao Ministério da Saúde (convênio nº5422/2005) com vistas à qualificação dos profissionais da atenção primária e dos familiares de pessoas idosas, para a melhoria da assistência ao idoso e desenvolvimento de ações promotoras do envelhecimento ativo, além da instituição de grupos de orientação e apoio aos cuidadores de idosos em situações de fragilidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONETE, 2009).

Desde 2009, este projeto oferece capacitações para profissionais da área da saúde, da Vigilância Sanitária, do Sistema Único de Assistência Social e Instituições de longa permanência de idosos, possibilitando a disseminação de informações destinadas aos cuidadores através dos grupos de apoio. Nove

regionais de Belo Horizonte tiveram experiências de implantação e condução desses grupos, com a projeção de participação de aproximadamente 2.500 cuidadores de idosos frágeis como público alvo (COSTA; SOUZA, 2012).

As qualificações fornecidas por este projeto aos profissionais de saúde da atenção primária fomentaram a estruturação do grupo de cuidadores no Centro de Saúde Primeiro de Maio. Este grupo contou também com o apoio de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de acadêmicos e preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Minas Gerais, em atuação na referida unidade.

O PET-Saúde é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação que visa à promoção de grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar em áreas estratégicas do SUS. Os grupos são compostos por professores e alunos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES), além de profissionais da saúde da unidade a qual o grupo tutorial está inserido. De uma forma geral, entre os seus principais objetivos estão a qualificação da atenção e a inclusão das necessidades dos serviços públicos de saúde na produção de conhecimento e pesquisa das IES's (BRASIL, 2010). O apoio fornecido pela equipe do PET-Saúde aos profissionais do Centro de Saúde e do NASF na coordenação do grupo de cuidadores na referida unidade básica fomentou encontros diversificados e criativos, por meio da aplicação do conhecimento teórico na prática do serviço de saúde, possibilitando a articulação entre ensino-serviço-comunidade.

O presente artigo pretende, portanto, fornecer o relato de experiência deste grupo realizado de forma coletiva e interdisciplinar por acadêmicos e profissionais de saúde na atenção básica de Belo Horizonte, a partir de uma estratégia de im-

plementação de políticas públicas voltadas aos idosos. Através deste relato são discutidas as características e contornos assumidos por este grupo e apresentados os efeitos evidenciados na experiência sobre este tipo de intervenção para a promoção da saúde e da qualidade de vida de sujeitos assistidos pelo SUS e seus efeitos sobre as famílias, comunidades e grupos sociais. A visibilidade deste tipo de experiência permite ainda reflexões a respeito da contribuição do trabalho interdisciplinar para o cenário da prática da atenção básica.

## **O Papel do Grupo no Cuidado com a Saúde**

O ato de cuidar de uma pessoa dependente muitas vezes é permeado por uma ambivalência de sentimentos. Ao mesmo tempo em que o sujeito se sente reconhecido quando se atenta ao bem-estar e à vida do outro, ele pode se sentir sobrecarregado. O cuidado pode ser visto, então, como um ato de zelo e dedicação, mas também como uma tarefa árdua e desgastante, sobretudo, quando é encarregada somente a uma pessoa, como acontece na maioria dos casos (COSTA; SOUZA, 2012; BRASIL, 2010; DE NARDI et al., 2011).

Além da ambivalência, este ato também pode causar alterações na rotina e dinâmica dos familiares e promover impactos significativos na vida do cuidador. Yamashita et al. (2011) apontam como os maiores prejuízos o isolamento social, o afastamento das relações afetivas e laborais, os problemas de saúde causados pelo cuidado excessivo e o distanciamento do convívio com o outro e do lazer. Já Costa; Castro (2014) ressaltam que fatores como a falta de orientação adequada, a ausência de suporte das instituições de saúde, a alteração na rotina de vida e o tempo despendido no cuidado geram impactos negativos na qualidade de vida do cuidador familiar.

Apesar desses significativos fatores que permeiam o exercício do cuidado, é escassa a bibliografia que aborda esta temática a partir das demandas e dos cuidados ofertados ao próprio cuidador. Araujo et al. (2013) pontuam que pouco se conhece sobre os cuidadores de idosos, pois a maior parte da literatura foca nas estratégias de enfrentamento para os idosos, relegando seus cuidadores para segundo plano. Eles ressaltam ainda ser fundamental conhecer o universo dos cuidadores, assim como seu relacionamento com o idoso, para que se possam traçar estratégias de saúde segundo as necessidades e a acessibilidade dos indivíduos.

Já Freitas; Noronha (2010) entendem que o cuidado não deve se restringir a uma ação pontual e técnica, sendo necessário que Estado, família e sociedade formem uma rede de apoio interligada para, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e das relações entre as gerações.

Diante disso, é importante a reflexão sobre quem é que cuida dos cuidadores. Uma saída para essa questão está no investimento nos grupos de apoio como forma de se prestar assistência a esses sujeitos dentro do serviço da atenção básica. Esses grupos podem ser uma forma eficaz de ajuda aos seus participantes, ao favorecer a articulação entre o cuidar e o trabalhar, auxiliando o cuidador a se envolver de forma construtiva com o familiar dependente sem, no entanto, abdicar de sua vida pessoal (SILVEIRA, 2007).

Segundo Silveira (2007), o grupo de suporte deve visar o comprometimento de todos, a busca de soluções e a comunicação entre os participantes. As trocas que ocorrem podem propiciar mudanças significativas, gerar maior bem-estar para os cuidadores e reduzir o peso na dedicação quase integral a pessoas tão dependentes.

Pensando no possível benefício para o bem-estar dos sujeitos que exercem o cuidado e buscando promover a saúde dos cuidadores, bem como a melhoria da qualidade de vida das pessoas a quem estes prestavam cuidados, realizou-se o grupo de cuidadores no Centro de Saúde Primeiro de Maio. É importante ressaltar que, devido ao variado perfil de cuidadores presentes na área de abrangência da unidade, o grupo não foi direcionado somente a cuidadores de idosos. Dessa forma, o grupo foi aberto para cuidadores formais e informais de pessoas dependentes.

## Método

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa, de um grupo de apoio realizado no Centro de Saúde Primeiro de Maio de Belo Horizonte, denominado “*Cuidando de quem cuida*”. A criação deste nome foi importante para se harmonizar com a característica do grupo de ser destinado aos cuidadores de pessoas dependentes, sendo a temática dos encontros direcionada tanto aos idosos ou familiares dependentes, como também e, principalmente, aos sujeitos que exerciam o ato de cuidar.

O grupo teve como objetivo proporcionar um espaço de escuta, troca de informações, vivências e experiências entre os cuidadores, incentivando a autonomia dos participantes na busca do autocuidado e de uma melhor qualidade de vida para si mesmos e, conseqüentemente, para a pessoa a qual prestavam cuidados. Ou seja, além de propiciar a melhoria da assistência ao outro, também se investia na promoção da saúde e da qualidade de vida dos próprios cuidadores.

Para a sua execução, inicialmente foram realizadas reuniões com a equipe de profissionais da Unidade Básica, com o objetivo de sensibilizá-los sobre a importância do grupo e de

incentivá-los a participar ativamente da organização e desenvolvimento dos encontros.

Em seguida, os profissionais da unidade juntamente com as Agentes Comunitárias da Saúde realizaram um levantamento dos cuidadores existentes em cada Equipe de Saúde da Família. Por meio deste, constatou-se a presença de perfis diferenciados de cuidadores na região de abrangência da Unidade Primeiro de Maio. Além de cuidadores de idosos informais, que constituíam a maioria maciça, havia também cuidadores de outros membros da família que não idosos, como filhos e esposa, e cuidadores formais. Objetivando respeitar o perfil dos sujeitos envolvidos no ato de cuidado presentes na comunidade, decidiu-se que na referida unidade o convite ao grupo não seria exclusivo aos cuidadores de idosos, mas abrangeria também a variedade de cuidadores encontrados na região.

Após a seleção da população alvo, realizou-se a divulgação do grupo. Esta ocorreu por meio da elaboração de convites entregues aos cuidadores através de visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias da Saúde em conjunto aos acadêmicos do PET- Saúde, e da confecção de cartazes informativos sobre o grupo, os quais foram afixados na sala de espera do Centro de Saúde.

Com o intuito de colher informações a respeito do interesse e da disponibilidade dos convidados na participação dos encontros e de conhecer melhor o perfil dos cuidadores, foram elaboradas fichas de sondagem para serem preenchidas durante a realização das visitas. Estas fichas solicitavam informações a respeito da disponibilidade de horário, frequência de encontros, local desejável, dados pessoais do cuidador e do idoso ou do sujeito que necessitava de cuidados, além de sugestões de temas e assuntos a serem abordados nos encontros.

A partir das informações obtidas nas fichas e da disponibilidade da maioria dos participantes, decidiu-se que o grupo seria realizado com frequência semanal, com duração média de 60 minutos na própria Unidade Básica de Saúde (UBS). Os encontros ocorreram no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, contabilizando nove encontros no total. Os principais temas abordados durante o processo grupal foram aqueles recomendados pela metodologia do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, a saber: alteridade; biossegurança e ambiência; postura e transferências no dia-a-dia; legislação e rede de proteção social; cuidados ao fim da vida e autocuidado. Os encontros foram conduzidos por profissionais das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e por acadêmicos e preceptores do PET-Saúde da UFMG.

Os temas foram abarcados de forma dinâmica e lúdica, visando sempre à difusão das informações mediante maior interação entre cuidadores, profissionais e acadêmicos. Além disso, com o de intuito facilitar a troca de saberes, experiências, bem como a reflexão sobre os assuntos, foram realizadas dinâmicas iniciais e utilizados materiais diversos para a condução do grupo, como revistas, desenhos, colagens e apresentações de arquivos em formato *power point*. É importante ressaltar ainda que os encontros eram finalizados com um lanche, o que proporcionava a descontração e interação entre os participantes.

As experiências com o grupo foram sistematicamente registradas pelos organizadores após cada encontro. Estes serviram de base, a partir de sua releitura e análise, para a elaboração das discussões e das reflexões que se seguem. Estes registros dizem respeito às expectativas iniciais dos participantes; à avaliação realizada em conjunto pelos profissionais e acadêmicos após cada atividade desenvolvida; ao preenchimento de um questionário sobre como cada um percebia a sua própria

saúde aplicado no primeiro e no último encontros; e a avaliação do grupo realizada pelos dos cuidadores no momento do seu encerramento.

## **Os Encontros**

O grupo contou com a participação de 12 cuidadores de perfis variados. Quanto à idade, um estava na faixa etária de 30 a 40 anos, quatro na de 40 a 50 anos, quatro na de 50 a 60 anos e três na de 60 a 70 anos. No que se refere ao grau de instrução, 10 possuíam primeiro grau completo e dois eram analfabetos. Entre os participantes, havia apenas uma cuidadora formal e um cuidador do filho dependente portador de Distrofia Muscular de Duchenne, os demais eram informais e prestavam cuidados aos pais, mães, irmãos ou cônjuges idosos ou dependentes.

A presença do cuidador do filho portador de distrofia muscular exigiu uma adaptação na metodologia, sendo os conteúdos dos encontros previamente analisados com o intuito de se adaptar e acrescentar informações adequadas e necessárias aos cuidados por ele exigidos.

Outro aspecto que se diferenciou do formato originalmente sugerido diz respeito ao enfoque das temáticas trabalhadas, as quais foram realizadas de forma ampliada, não se direcionando somente à qualificação do cuidado ao idoso, mas principalmente às necessidades do cuidador. Desta forma, por exemplo, quando foi tratado o tema “Posturas e transferências no dia-a-dia”, além de serem abordadas técnicas que beneficiavam o idoso ou os sujeitos dependentes, foram demonstradas e experimentadas também posturas e movimentos que protegiam o corpo do próprio cuidador em suas atividades cotidianas. Foram, ainda, ensinados e realizados exercícios de alongamento e de fortalecimento muscular que poderiam facilmente ser praticados por eles em casa.

No primeiro encontro, ocorreu a apresentação dos participantes, profissionais e acadêmicos, a elaboração de um contrato quanto ao dia, frequência e horário dos encontros e o levantamento das expectativas dos participantes. A partir desse primeiro contato, constatou-se que os principais problemas de saúde nomeados pelos cuidadores eram: “pressão alta”, “dores nas mais variadas partes do corpo”, “nervosismo”, “depressão”, “desânimo” e “insônia”.

Pensando nos riscos e nas implicações do excesso do cuidado para a saúde do cuidador, Costa; Souza (2012) consideram importante se atentar aos possíveis desdobramentos patológicos da sobrecarga física e emocional. Na experiência destas autoras com grupo de cuidadores em uma unidade básica de Belo Horizonte, não foram incomuns as queixas de solidão, de medo e de impotência. Os relatos dos cuidadores também vão de encontro com o trabalho de Fernandes; Garcia (2009) que apontam que a exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidado deixa o cuidador familiar mais suscetível a apresentar problemas de saúde, o que modifica sua qualidade de vida e aumenta seu risco de mortalidade.

Nesse primeiro encontro, além das queixas, também ficou explícita a implicação de alguns dos participantes com questões de sua própria saúde. Algumas falas dos cuidadores revelavam o desejo de marcar consultas, de realizar exames de rotina e de ter momentos de lazer e descanso no espaço do grupo. Alguns manifestaram também expectativas quanto ao diálogo e à troca de experiências pessoais e desejaram conhecer e entrar em contato com grupos de cuidadores de outras UBS's.

No decorrer dos encontros, tornou-se evidente a diferença no perfil dos participantes. Alguns deles conseguiam, em ritmos distintos, falar sobre si, pensar na qualidade de vida e

no autocuidado. Em contrapartida, outros se encontravam em uma posição de doação e de dedicação total à pessoa cuidada, mantendo o pensamento e os planejamentos voltados somente para ela, e apresentando dificuldade em refletir a respeito de si e do seu próprio cuidado. Esta última posição era evidente, por exemplo, em algumas falas em que o cuidador demonstrava não se separar do idoso, ou em que afirmava que este só aceitava os seus cuidados. Freitas; Noronha (2010) enfatizam as relações de poder que se fazem presentes entre cuidador e a pessoa a ser cuidada, fato que ilustra essa dependência entre ambos. Segundo os autores, o cuidador está frequentemente mais investido de poder do que o sujeito dependente, mas a pessoa cuidada também expressa sinais de poder ao fazer exigências, rejeitar ou não colaborar com o cuidador.

A heterogeneidade do grupo foi, em algumas situações, bastante produtiva, pois em momentos de reflexão e de discussão sobre as temáticas propostas, eram os próprios participantes que pontuavam o excesso de cuidado exercido pelos colegas e que produziam as soluções ou as saídas possíveis para os problemas relatados. Esse momento de reflexão vem de encontro ao que Schossler e Crossetti<sup>17</sup> apontam sobre a importância de sensibilizar o cuidador domiciliar para o cuidado de si, pois assim ele poderia melhor cuidar do outro.

Ainda de acordo com Schossler; Crossetti (2008), o caráter repetitivo e incessante do cuidado em domicílio pode ocasionar uma sobrecarga de tarefas, levando o cuidador a um isolamento afetivo e social. No grupo, percebemos um consenso entre os participantes na constante queixa a respeito da sobrecarga e do desgaste, tanto físico quanto emocional que o ato de cuidar suscitava. Essas queixas ocorriam associadas a sentimentos de angústia, culpa, ansiedade, desamparo, auto-cobrança e, principalmente, solidão, já que não era incomum

a assunção da responsabilidade do cuidado ficar a cargo de somente um, ou no máximo dois familiares.

No que tange ao grau de parentesco entre o cuidador e o dependente, foram expressas experiências distintas. Quando ele era cônjuge ou irmão da pessoa cuidada, as dificuldades estavam ligadas à sua capacidade em exercer esse papel, uma vez que, em muitos casos, ambos eram idosos e enfrentavam problemas de saúde, o que culminava na redução da sua capacidade de exercer efetivamente o cuidado. Já nos casos em que os cuidadores eram filhos, noras ou genros, em geral, a sobrecarga do cuidado estava direcionada para um único membro familiar, ocasionando problemas emocionais, pois, para cumprirem seu papel no acompanhamento do dependente, era comum terem que renunciar às suas atividades pessoais, emprego, relacionamentos sociais e até mesmo familiares. Por outro lado, uma cuidadora formal trazia como questão marcante a sobrecarga de trabalho, pois a idosa dependente insistia na sua presença constante, não aceitando o cuidado dos familiares. Todos esses fatores observados vêm de encontro ao que Masson; Brito; Sousa (2008) perceberam em relação à intensidade da tarefa de cuidar, já que esta extrapola as horas passadas no serviço e apresenta repercussões em outras esferas da vida do cuidador.

Em contrapartida, no grupo, havia ainda aqueles cuidadores que viam a tarefa de cuidar como um ato de amor, de retribuição, e que se sentiam felizes, satisfeitos e gratificados por poderem contribuir com o familiar doente. Mas, por sua vez, havia os que se sentiam extremamente exigidos e responsáveis pelo familiar. Masson; Brito; Sousa (2008) perceberam que a intensa proximidade afetiva que ocorre entre usuário e cuidador na atividade de trabalho parece se relacionar intimamente com a possibilidade de sua realização. Entretanto, nas

situações em que uma relação afetiva não foi estabelecida, a confiança entre usuário e cuidador ficou comprometida.

Nos encontros em que o autocuidado foi trabalhado, foi marcante a negligência de alguns participantes com as questões a respeito do cuidado com o corpo, lazer, alimentação saudável, esportes e atividades físicas. Em muitos deles, a dedicação era, na maior parte do tempo, exclusivamente direcionada para as atividades domésticas e de cuidado do outro. Nesses encontros, a tentativa era promover a reflexão a respeito desses comportamentos, para que, dentro do próprio grupo, surgissem novas alternativas e possibilidades em que o cuidado consigo próprio estivesse inserido. Fernandes; Garcia (2009) ressaltam que os serviços e profissionais de saúde devem dedicar atenção especial quando o cuidador não adere a comportamentos de promoção de sua saúde, pois sua competência para prestar cuidados pode ser determinada pela capacidade de cuidar primeiro de si.

Ainda no tocante a esse aspecto, Schossler; Crossetti (2008) afirmam que é importante perceber o cuidador como alguém que também tem necessidades que precisam ser satisfeitas. Em nossa prática, percebemos a importância do grupo para aqueles em que o espaço fornecido era única fonte de escuta e de troca de experiências e o único momento em que podiam se ausentar de suas casas e da atividade do cuidado para pensar um pouco em si. Para estes, a fala exacerbada e a necessidade de diálogo e de escuta era marcante.

Na perspectiva dos profissionais e estudantes, outras características evidentes ao longo dos encontros foram o satisfatório nível de adesão dos cuidadores à proposta e o grau de vinculação destes entre si e entre os coordenadores. Não houve um esvaziamento do grupo e, em geral, os participantes se identificaram e demonstraram interesse com os temas e ativi-

dades propostas, tendo participado ativamente delas. É importante ressaltar aqui que a abordagem feita pelos acadêmicos e ACS's no momento do convite pode ter sido um fator importante para a adesão dos participantes. As visitas domiciliares, o contato pessoal com os participantes, o convite nominal e o reforço do mesmo ao longo dos encontros através de contatos telefônicos podem ter contribuído para a permanência da maioria dos cuidadores no grupo.

Um maior vínculo com a UBS também pode ser identificado, na medida em que os integrantes do grupo recorriam aos alunos e profissionais de saúde para o atendimento na unidade. Além disso, quando os encontros previstos se encerraram, os participantes manifestaram o desejo de manter encontros mensais, como forma de não perderem as relações construídas.

## **A Interdisciplinaridade no Grupo de Cuidadores**

Quando se pensa em trabalho em equipe na área da saúde, e em sintonia com concepção ampliada de saúde, há um consenso sobre a necessidade de se superar a fragmentação dos saberes e as barreiras erguidas em volta das diferentes áreas do conhecimento. Nesse contexto, a interação entre as disciplinas torna-se necessária e pode ser melhor estabelecida através de atividades que promovam justaposições, trocas, relações de interdependência e conexões recíprocas entre elas. Destacam-se aqui os conceitos de multidisciplinaridade e de interdisciplinaridade, os quais correspondem ao intercâmbio entre as áreas de saber e suas variações em relação à forma e a intensidade com que este acontece (REIS et al., 2014; FURTADO, 2007).

Segundo Furtado (2007), a multidisciplinaridade pode ser entendida como a coexistência e justaposição de diferentes áreas, porém com baixa inter-relação entre elas. Dessa forma, apesar da presença de um tema ou um problema comum às

diferentes áreas, não há uma relação entre os profissionais de referência de cada uma e carece a circulação de saber.

Pensando num maior nível de interação, ganha destaque o conceito de interdisciplinaridade devido ao maior entrosamento entre as áreas e o estabelecimento de relações menos verticais. Assim, a interdisciplinaridade passa a se constituir como uma estratégia de estabelecimento de vínculos e integração no processo de trabalho. Não há uma simples troca de saberes, mas sim conexões recíprocas e comunicações entre os campos, de forma que cada profissional ultrapasse a sua área de formação, reconhecendo os seus limites e buscando a contribuição de outros saberes em torno de uma tarefa a ser desenvolvida conjuntamente (REIS et al., 2014; FURTADO, 2007).

A diversidade de perfis dos cuidadores presentes na área de abrangência Centro de Saúde Primeiro de Maio possibilitou a constituição de um grupo composto por variadas demandas de cuidado que não se restringiam a uma área de saber específica. Essa característica do grupo demandou a presença de uma equipe diversificada que abordasse o cuidado a partir de do eixo da integralidade e de uma visão ampliada de saúde (REIS et al., 2014).

Nesse sentido, a contribuição do PET-Saúde ao projeto “*Cuidando de quem cuida*” foi importante, pois possibilitou a execução de um trabalho interdisciplinar e promotor de uma visão integrada dos sujeitos na atenção básica. O diálogo estabelecido entre profissionais, acadêmicos e usuários do serviço permitiu uma rica troca de saberes que se convergia para uma compreensão ampla do processo de saúde e doença. Tal interlocução também possibilitou o avanço da perspectiva fisiológica, biológica e mecanicista para a consideração das dimensões sociais, subjetivas, emocionais, econômicas e culturais como

condicionantes e determinantes da saúde (REIS et al., 2014; FURTADO, 2007; FÔNSECA et al., 2014).

No grupo de cuidadores, a interdisciplinaridade se refletiu na apresentação das temáticas nos encontros. Elas foram trabalhadas de forma conjunta e coletiva, visando o diálogo entre saberes em detrimento das especificidades de cada área de trabalho ou de formação. Dessa forma, os fenômenos de grupo puderam ser vistos em sua complexidade, analisando os indivíduos em suas diversas dimensões, o que promoveu uma maior integração dos conhecimentos trabalhados pelos profissionais e uma assistência mais humanizada e integral aos participantes do grupo (REIS et al., 2014; FURTADO, 2007; FÔNSECA et al., 2014).

Outro reflexo foram as mudanças na qualidade das interações dos profissionais da saúde da unidade básica através da integração entre ensino e serviço. Estas ocorreram através do contato entre os profissionais e estudantes, durante a permanência dos acadêmicos na unidade, mas principalmente no período de execução do projeto, quando ele foi apresentado para toda a equipe de saúde da família, e esta convidada a participar dos encontros. Muitos destes profissionais, a saber, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e enfermeiros, estiveram presentes e contribuíram ativamente no projeto, fato que indicou a sensibilização de parte da equipe para o diálogo educativo e interdisciplinar. Essa transformação percebida na prática de alguns profissionais entra em consenso com o trabalho de Fonsêca et al. (2014). Segundo os autores, o contato entre os profissionais e os acadêmicos do PET-Saúde suscitam reflexões, estimulam a busca por conhecimento e colaboram para o aperfeiçoamento da Atenção Primária em Saúde.

Outra consequência da inserção dos alunos do PET-Saúde nas práticas da atenção básica foi a contribuição do contato e

vivência no SUS para a formação de sujeitos críticos e comprometidos com a realidade social da população assistida na unidade. A articulação entre ensino-serviço-comunidade proporcionada pelo programa permitiu ainda um maior contato dos acadêmicos com a prática e o cotidiano do serviço, permitindo uma maior compreensão do processo saúde-doença (FÔNSECA et al., 2014).

Entendemos dessa forma, em consenso com os trabalhos de Reis et al. (2014), que o trabalho proporcionado pelo PE-T-Saúde da Unidade Básica de Saúde Primeiro de Maio tem facilitado o diálogo e o desenvolvimento de atividades que estimulam trocas de saberes, fato que incita a abertura dos acadêmicos e profissionais ao conhecimento do outro e a ética da promoção de um trabalho mais atento às demandas dos serviços de saúde e da comunidade assistida na unidade básica. Assim, a atividade coletiva de grupo se mostra interdisciplinar, uma vez que supera a sobreposição de conhecimentos e concretiza a interação entre acadêmicos e profissionais na própria prática cotidiana do serviço.

### **Considerações Finais**

Os resultados da experiência relatada evidenciam a prática exitosa de um grupo de apoio e orientação realizado no cenário da atenção básica da cidade de Belo Horizonte/MG. O espaço do grupo se apresentou como uma saída viável para se pensar na promoção de cuidados, no acolhimento e na qualidade de vida para sujeitos cuidadores de pessoas dependentes.

Os encontros oferecidos pelo grupo “*Cuidando de quem cuida*” proporcionaram maior interação entre os participantes e a equipe de saúde através de um diálogo horizontal, uma vez que não havia unicamente a transmissão de conhecimentos dos profissionais e acadêmicos para os participantes, mas também

troca de informações, experiências e vivências entre os mesmos. Em vista disso, os participantes do grupo participavam e interagiam de forma mais ativa a cada encontro.

Percebe-se, portanto, que a construção do grupo proporcionou a troca de experiências no âmbito dos saberes técnico-científico e popular, e permitiu a educação em saúde, uma vez que muitos cuidadores começaram a se conscientizar sobre a necessidade do autocuidado.

O principal retorno do grupo foram os posteriores depoimentos dos cuidadores sobre a importância que os encontros tiveram em suas vidas ao proporcionar um espaço onde puderam expressar seus sentimentos e suas dificuldades, na trabalhosa, mas também muitas vezes gratificante tarefa de cuidar de uma pessoa dependente. Além disso, foi evidente o estabelecimento de um laço desses sujeitos com a atenção básica, uma vez que muitos deles passaram a comparecer com mais frequência ao posto de saúde. Esse fato indica uma maior mobilização e autonomia desses sujeitos no cuidado com a própria saúde e reflete a necessidade de cuidar de si para cuidar do outro.

A articulação entre saberes dos alunos de Instituições de Ensino Superior e dos profissionais da unidade Primeiro de Maio possibilitou, ainda, um diálogo educativo e interdisciplinar. Este incitou práticas e vivências na atenção básica mais atentas às demandas sociais dos usuários da unidade. Já em relação aos alunos do PET-Saúde, a participação de um grupo que não se restringia a uma área do saber específica contribuiu de forma positiva e construtiva no processo de formação como profissional da saúde, uma vez que permitiu a vivência de trabalho interdisciplinar e a inserção nas práticas de saúde pertencente ao SUS.

## Referências

ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev bras geriatr gerontol.** [Internet], 2013; 16 (1):149-58. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000100015-&lng=en&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015-&lng=en&nrm-iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>>. Acesso em 30 Mar 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 09 de dezembro de 1999. Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 Dez 1999.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde e da Educação. Portaria interministerial nº 421. Institui o programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 Mar 2010.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD**, Rev eletrônica saúde mental álcool drog. [Internet], 2010; 6 (2):231-54. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38715/41568>>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p231-254>. Acesso em 11 Jul 2014.

COSTA, L.O.; SOUZA, J.M.P. Grupo de apoio aos cuidadores familiares de idosos frágeis. (espaço de diálogo e redescoberta do eu). **Rev pensar BH política social.** [Internet], 2012; (31):23-5. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecp-TaxonomiaMenuPortal&app=politicassociais&lang=pt\\_BR&pg=5567&tax=11288](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecp-TaxonomiaMenuPortal&app=politicassociais&lang=pt_BR&pg=5567&tax=11288)>. Acesso em 20 Jan 2014

COSTA, S.R.D.C.; CASTRO, E.A.B. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev Bras Enferm.** [Internet], 2014; 67 (6):979-86. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000600979&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600979&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>. Acesso em 24 Fev 2015.

DE NARDI, T. et al. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). **Rev bras geriatr gerontol.** [Internet], 2011; 14 (3):511-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=s->

ci\_arttext&pid=S1809-98232011000300011&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000300011>. Acesso em 20 Dez 2013

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev esc enferm USP**. [Internet], 2009; 43 (4):818-24. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#nt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#nt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400012>. Acesso em 21 Ago 2013

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais de saúde. **Interface comum saúde edc. (Botucatu)**. [Internet], 2014; 0-0. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000300571&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000300571&script=sci_arttext)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0598>. Acesso em 1 Ago 2014.

FREITAS, A.V.S.; NORONHA, C.V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface comum saúde edc. (Botucatu)**. [Internet], 2010 [acesso em 18 Abr 2013]; 14 (33):359-69. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200010&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010>. Acesso em 1 Ago 2014.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface comum saúde edc. (Botucatu)**. [Internet], 2007; 11 (22):239-55. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Acesso em 22 Fev 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: resultados preliminares do universo** – Belo Horizonte, Minas Gerais; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 28 Ago 2014

MASSON, L. P. et al. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. **Saúde Soc**. [Internet], 2008; 17 (4):68-80. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000400008&script=sci_arttext)> <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000400008>. Acesso 25 Fv 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Qualificação do cuidado ao idoso frágil**. [Internet]. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunida->

de.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=ces&lang=pt\_BR&pg=10185&tax=33524>. Acesso em 3 Mar 2014

REIS, F.L.T. et al. A interdisciplinaridade no grupo tutorial primeiro de maio – PET-saúde. **Gestão e Saúde**. [Internet], 2014; 5 (2):595-10. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/776>>. Acesso em 9 Mai 2014.

ROCHA, M.P.F.; VIEIRA, M.A.; ROSENI, R.S. **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos**. Rev bras enferm. [Internet], 2008; 61 (6):801-8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000600002-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600002-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>. Acesso em 7 Jun 2014

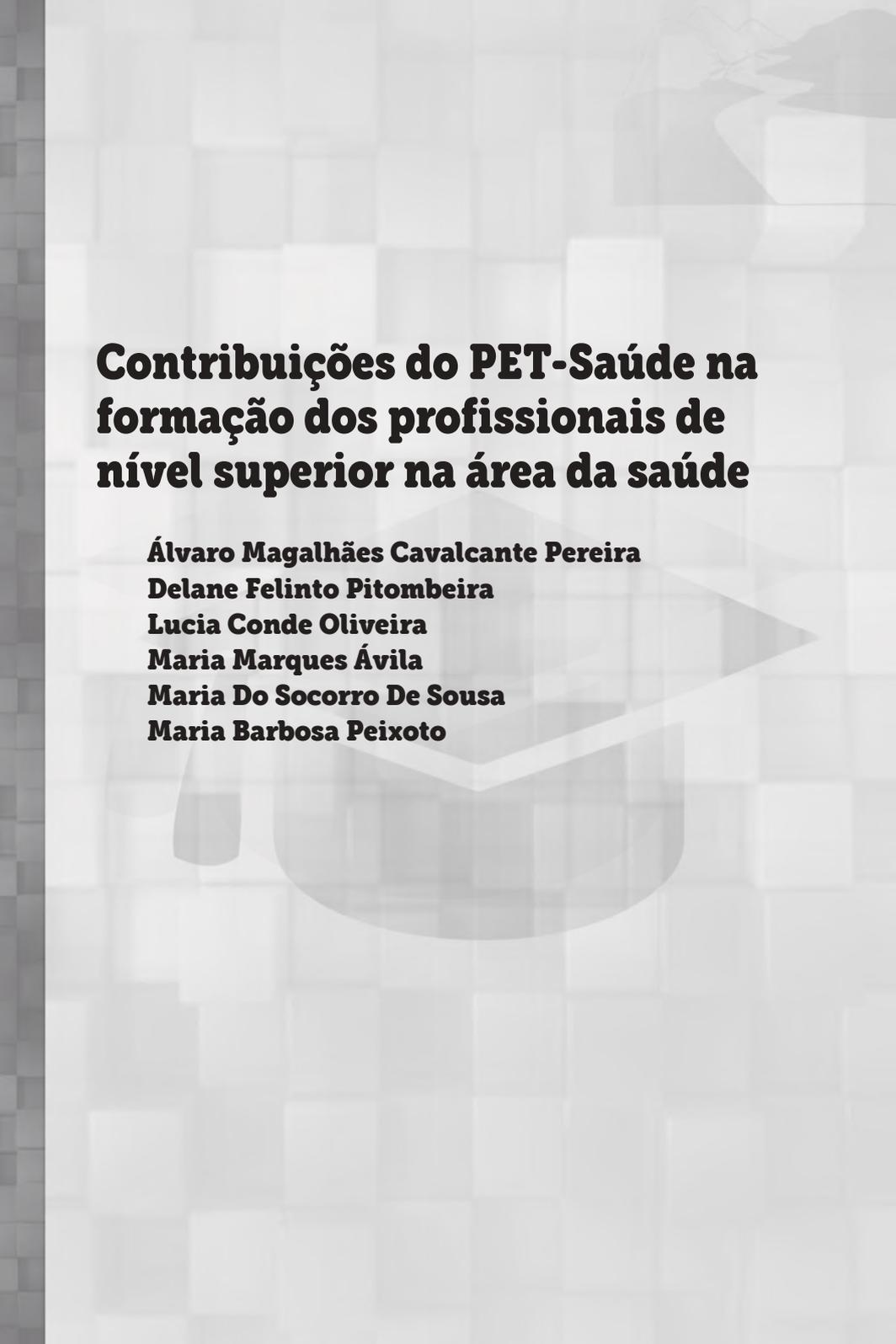
SARTINI, C.M.; CORREIA, A.M. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Rev pensar BH política social** [Internet], 2012; (31):10-3. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=politicasociais&lang=pt\\_BR&pg=5567&tax=11288](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=politicasociais&lang=pt_BR&pg=5567&tax=11288)>. Acesso em 14 Mai 2014

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto & contexto enferm**. [Internet], 2008; 17 (2): 280-87. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200009>. Acesso em 5 Mai 2014.

SILVEIRA, T.M. A instituição de saúde, a legitimação e o apoio ao cuidador familiar. In: **Por que eu?** A doença e a escolha do cuidador familiar. Rio de Janeiro: Arquimedes; 2007. p. 91-105

TAVARES, K.O. et al. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Rev Kairós**. [Internet], 2012; 15 (3):105-18. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979/10186>>. Acesso em 3 Jan 2014.

YAMASHITA, C.H. et al. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. Rev esc enferm USP. [Internet], 2011; 47 (6):1359-66. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000601359&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000601359&script=sci_arttext)> <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130006000016>. Acesso em 11 Jul 2013.



# **Contribuições do PET-Saúde na formação dos profissionais de nível superior na área da saúde**

**Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira**

**Delane Felinto Pitombeira**

**Lucia Conde Oliveira**

**Maria Marques Ávila**

**Maria Do Socorro De Sousa**

**Maria Barbosa Peixoto**

A democratização da sociedade brasileira tem exigido vários processos de mudança, para adequar as nossas instituições ao aperfeiçoamento de uma democracia que contemple o fortalecimento da cidadania. A Constituição de 1988 foi formulada no sentido de exigir várias regulamentações para alterar o ordenamento jurídico infraconstitucional e organizacional, objetivando se adequar às transformações econômicas, políticas, sociais e culturais em curso. A política de saúde tem sido um campo bastante dinâmico de produção dessas mudanças, resultante de um longo processo histórico que tem origem no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituindo-se como importante interlocutor. A educação é outra área que exerce um papel fundamental nos processos de mudanças, pois é responsável pela formação das novas gerações que seguirão construindo essa nação.

Para Haddad et. al. (2011), a aproximação entre os ministérios da Educação e da Saúde tem resultado em ações setoriais que integram a política de educação e a política de saúde, com o objetivo de promover a formação de profissionais de saúde melhor preparados para prestar uma atenção à saúde mais resolutiva e com melhor qualidade.

No entanto, ao pensarmos na articulação entre as políticas que pautam as mudanças necessárias ao desenvolvimento dos setores de saúde e educação, é preciso clareza quanto à natureza dessas transformações. Vivemos em uma sociedade de classes, capitalista, dependente, profundamente desigual, e esses elementos devem ser levados em conta nessa análise, pois os processos em curso são tensionados pelos projetos políticos em disputa (DAGNINO, 2002; BRAVO, 2006) – projeto privatista neoliberal de fortalecimento do mercado e o projeto de democracia de massas. Conforme Paim (2008), no Brasil, as mudanças ocorrem a partir das classes dominantes, como

uma revolução passiva, isto é, por meio de uma ação pelo alto, promovida pelas classes interessadas em manter seus privilégios, que, pressionadas pelos trabalhadores, inclui os interesses dos dominados de forma subordinada, num processo que mais contribui para conservar do que para mudar o *status quo*.

Dessa maneira, a reforma sanitária ocorre como uma revolução passiva, fato que concorre para a dificuldade de efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), destoantes da realidade de desigualdade e injustiça social característica deste país (PAIM, 2008). Para a implementação do SUS foram necessárias várias mudanças, entre as quais a reordenação da formação, objeto desse texto.

A necessidade da reorientação da formação dos profissionais de saúde está oficialmente explícita numa portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, que cria o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual visa reorientar a formação profissional por meio da abordagem integral do processo saúde-doença, integrando ensino e serviço, enfatizando a atenção primária em saúde. O Pró-Saúde, implantado e executado a partir do primeiro edital convocatório, no final de 2005, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, Instituições de Ensino Superior (IES) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, engloba um conjunto de iniciativas voltadas ao processo de mudança nos cursos de graduação na área da saúde (HADDAD et al., 2011).

Uma das estratégias do Pró-Saúde, no eixo de cenários de práticas, é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), representando possibilidade real de mudança no processo formativo dos futuros profissionais de saú-

de e de educação permanente para os profissionais do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Vale ressaltar que a preocupação em adequar a formação para as necessidades do SUS está em consonância com o debate global sobre a formação de profissionais de saúde com um novo perfil, que tem se mostrado uma necessidade em todo o mundo, mediante as transformações das relações entre países e os avanços tecnológicos e científicos, característicos da segunda metade do século XX e início do século XXI (FRENK et al., 2010).

Conforme o relatório “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world” (FRENK et al., 2010), atualmente povos e países convivem num “espaço global de saúde cada vez mais interdependente”, sendo um dos reflexos dessa situação a internacionalização de trabalhadores de saúde. O documento realça a marcante desigualdade em saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, os quais não desfrutam dos grandes avanços que a saúde obteve no século XX. A superação dessa desigualdade é um desafio para os sistemas nacionais de saúde e as instituições de ensino, consideradas fundamentais para transformar o setor saúde.

O relatório aponta dez propostas de reforma no sistema educacional, entre as quais seis se referem ao processo educativo: a adoção de currículos baseados em competências adaptadas aos contextos locais e determinadas pelos interesses nacionais, priorizando os desafios comuns a todos os países, considerando os conhecimentos e experiências globais; promoção da educação interprofissional e transprofissional; o uso, em todo o seu potencial, das tecnologias de informação no processo ensino/aprendizagem; a adaptação de recursos globais para solucionar problemas locais; o fortalecimento dos

recursos educacionais (professores, conteúdos programáticos, material didático, infraestrutura); formação de profissionais com um novo perfil, que além de dominarem os conhecimentos técnicos, sejam efetivamente promotores de mudanças (FRENK et al., 2010). O modelo formador brasileiro, ainda centrado no paradigma flexneriano, representa um sério obstáculo às mudanças e ajustes na formação dos profissionais de saúde de forma a habilitá-los para esse novo contexto global (FRENK et al., 2010). Muito embora as Diretrizes Curriculares Nacionais tenham, desde 2001, apresentado os elementos e as dimensões dos novos perfis profissionais desejados e a organização curricular por competências gerais e específicas, ainda temos muitos desafios a serem vencidos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014; 2001)

Em relação à adoção de currículos baseados em competências locais, ao articular teoria e práticas, por meio da educação pelo trabalho no cenário de práticas da atenção primária em saúde, o PET muda o cenário de práticas do hospital, lócus consagrado do ensino tradicional em saúde, para o contexto onde as pessoas vivem e constroem suas estratégias de sobrevivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Tal cenário permite a imersão de professores e estudantes no território vivo, dando sentido ao conhecimento teórico e possibilitando, por meio das reflexões e discussões dos problemas, mudar o olhar dos profissionais do serviço, causar o estranhamento na rotina do trabalho, propiciando clareza sobre a necessidade da revisão e mudanças no processo formativo.

Por sua vez, a educação interprofissional e a formação de profissionais de saúde capazes de produzir mudanças se constituem no PET-Saúde em possibilidades reais. Ao trabalhar com equipes interdisciplinares por meio de metodologias ativas, o programa favorece a compreensão da complexidade dos

determinantes do processo saúde-doença e de formas efetivas de construção de conhecimentos calcados na troca dos diversos saberes, o que possibilita a elaboração de conhecimento crítico, engajado e transformador.

Esse artigo objetiva relatar a experiência do PET-Saúde, desenvolvida por uma universidade do Nordeste do Brasil, destacando as contribuições para a formação de profissionais de saúde mais sintonizados com as necessidades do Sistema Único de Saúde.

Há que se esclarecer que este artigo remete prioritariamente às experiências do PET-Saúde no período 2009-2012, as quais já se encontram registradas em relatórios de acompanhamento e avaliação, pesquisas e monografias, principais subsídios do presente artigo (OLIVEIRA, 2012; PEREIRA; ÁVILA, 2012; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 2012a; 2012b)

## **Experiência do PET-Saúde na UECE**

A proposta do PET-Saúde, desenvolvida na UECE em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), tinha como objetivo geral possibilitar um processo de ensino-aprendizagem aos estudantes e docentes dos referidos cursos, mediado pela realidade social vivenciada pela população e pelo contexto das unidades básicas de saúde da família. Contou com a participação de estudantes e docentes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, bem como dos profissionais da Atenção Primária em Saúde, os quais eram preceptores no projeto.

Com o programa, construído de forma democrática e participativa, fortaleceu-se o papel da universidade na sua relação com a sociedade, bem como o tripé ensino, pesquisa e exten-

são, fato também observado em experiências do PET-Saúde em outras universidades (RODRIGUES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012)

Essa experiência teve um grande diferencial pela confluência de vontades políticas e constituição de mecanismos institucionais, entre os quais o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), que compreende todos os serviços de saúde como espaços de formação (BARRETO et al., 2006). Desta forma, em Fortaleza foi criado o Fórum do SMSE, que reunia representantes das instituições formadoras, gestores e conselheiros usuários para pensarem a integração ensino, serviço e comunidade.

A formação do projeto pautou-se nos princípios que regem o SUS, bem como nos elementos conceituais e operacionais da educação permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), da educação popular em saúde, pautada pela proposta educativa de emancipação dos sujeitos (FREIRE, 1996), do “método da roda” (CAMPOS, 2007) e do trabalho em equipe interdisciplinar. Estas abordagens fugiam ao modelo formador tradicional, e foram percebidas por todos os sujeitos como ferramentas potentes para o desenvolvimento do projeto de forma participativa:

“O PET mostrou para nós o quanto é difícil trabalhar em equipe, conciliar horários e gostos e o que podemos aprender disso é que devemos respeitar as limitações e vontades de todos e do diferente construir um igual, [...] não esqueçam que o mais importante da experiência do PET é entender o ser humano na sua totalidade. Bom, com todas as dificuldades que encontrei no PET ficou para mim uma lição muito boa, o método da roda, em que todos são ouvidos não havendo um mais

sábio que o outro apenas um facilitador [...]” (Depoimento de estudante).

“...eu que tenho essa vivência no PET [...] onde você tem, nas unidades básicas, o envolvimento da comunidade dentro das unidades, trabalhando junto com o gestor, com as equipes na melhoria do serviço, ou seja, quando a comunidade entra na unidade, tá ali sabendo o que ta acontecendo...” (Professor tutor do PET).

O estudante, em seu depoimento, percebeu o “método da roda” como “uma lição muito boa”, porque permite a todos o direito a fala sem que haja uma hierarquia entre os envolvidos. O método de cogestão de coletivos sistematizado por Campos (2007), também conhecido como “método da roda”, traz como princípios a democratização das instituições e o fortalecimento dos sujeitos. A sua escolha contribuiu para serem vivenciados estes princípios na concretização do projeto do PET. Seguindo a filosofia de Campos (2007) e de Paulo Freire (2003) a diretriz fundante do projeto é a democracia e a participação, a fim de contribuir para a formação de sujeitos comprometidos com os processos de mudança. Dessa forma, podemos inferir que o exercício desse compromisso se fez na medida em que os sujeitos se inseriam nos espaços comunitários, e participavam das decisões e encaminhamentos do projeto. Acreditamos que, assim como Freire, Campos também propõe a necessidade do compromisso do profissional. A proposta dos círculos de cultura de Freire é ressignificada na roda, na qual os sujeitos analisam os processos vivenciados e participam da tomada de decisões.

As rodas, na experiência relatada, tinham um significado simbólico de relações horizontais, de interdependência e

cooperação, como percebeu o estudante, e, ao mesmo tempo, funcionavam como uma estratégia operacional nas dimensões administrativa, pedagógica, política e terapêutica. Ocorriam rodas de equipes, de categorias e ampliada.

Nas rodas de equipes, eram elaborados os planejamentos em cada unidade de saúde. Nas rodas de categoria, estudavam-se os conteúdos específicos de cada categoria profissional envolvida no projeto. Nas rodas ampliadas, com seus respectivos preceptores e a tutora, planejavam-se atividades gerais; socializavam-se os trabalhos das equipes; e promoviam-se oficinas de aprendizagem de diferentes temas referentes ao campo comum da saúde coletiva. Além disso, também havia um compromisso com a avaliação de forma sistemática. Era, pois, um processo permanente de ação-reflexão-ação, que constitui a práxis humana. Na dimensão terapêutica, cuidava-se do grupo, problematizando os conflitos surgidos no cotidiano, realizando momentos de lazer e fortalecimento de vínculos. Em relação à dinamicidade das rodas, afirma um estudante:

“[...] Nas rodas ampliadas, quando os temas trabalhados ou as vivências das equipes eram socializadas, uma aprendizagem pautada na concretude dos desafios que o serviço apontava; nas rodas de categoria, quando garantíamos os encontros mesmo se o professor não estivesse presente, nas rodas de equipe, quando estudávamos, discutíamos, planejávamos, avaliávamos nossas ações, enfim, momentos de aprendizagem que levarei para o resto da vida [...]”

Tal depoimento evidencia, na prática, a importância do “método da roda” (CAMPOS, 2007) para a formação dos futuros profissionais, principalmente quando propicia a possibi-

lidade de vivência do trabalho em equipe, da interdisciplinaridade, bem como do exercício da avaliação permanente das ações executadas.

Nas diferentes rodas, o grupo foi se apropriando do referencial teórico ao mesmo tempo em que dialogava com outros projetos da SMS de Fortaleza, como o Cirandas da Vida<sup>7</sup> e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

A inserção no contexto das classes populares, numa perspectiva dialógica, possibilitou uma troca de saberes e experiências, a qual contribui para a formação de uma nova concepção de mundo e uma nova forma de compreender as classes populares:

“O contato com a comunidade carente nos faz refletir acerca da necessidade de planejamento de intervenções diferentes. Como o acompanhamento, pelo CAPS e posto, com o matriciamento de famílias com casos de problemas psicológicos graves. Saber que a carência e precariedade de muitas comunidades pedem mais do que profissionais; suplicam por seres humanos em sua luta pela vida” (Depoimento de estudante).

Acreditamos que a metodologia da educação popular possibilitou aos profissionais de saúde, professores e estudantes, construir uma relação diferente com as classes populares. Reconhecer a necessidade do diálogo entre o saber popular e o

---

7 O Cirandas da Vida é um projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que trabalha com grupos e movimentos populares, objetivando o diálogo sobre ações compartilhadas, intervindo junto às esferas institucionais. O processo inclui discussão, reflexão crítica e possibilidade de diálogo efetivo para o enfrentamento às situações-limite apontadas pela população.

científico para problematizar as situações do cotidiano favorece formas coletivas de aprendizagem e de superação da descontinuidade, da fragmentação da história e do saber das classes dominadas. Este esforço de superação de uma consciência ingênua ou mágica para alcançar uma consciência crítica (FREIRE, 2003) não foi só das classes populares, mas também de todos os participantes do PET-Saúde. Isto nos faz reconhecer a importância da produção do Marco de Referência da Educação Popular para as políticas públicas. Resultado de um amplo processo de debates, diálogos e reflexões a partir de diferentes práticas desenvolvidas entre 2011 a 2014 por meio de resultado de reuniões, seminários e articulações (BRASIL, 2014).

### **PET-Saúde enquanto estratégia de articulação ensino/serviço**

Entre os objetivos do PET destacamos três que evidenciam o compromisso com esta temática, os quais serão referência nesta parte do relato da experiência:

“IV - Contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;

V - Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;

VIII - Fomentar a articulação ensino serviço-comunidade na área da saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Compreendendo o Pró-Saúde/PET-Saúde nesta perspectiva, na experiência da UECE, percebemos a potência do programa, na medida em que houve uma aproximação cada vez maior da IES com os serviços e os profissionais. Para além da participação do preceptor nas atividades planejadas, houve maior apropriação da rotina do serviço e imersão no território conforme afirma o preceptor:

“Os alunos do PET-Saúde trouxeram inúmeros benefícios para a unidade de saúde. As atividades desenvolvidas foram bastante dinâmicas e participativas, proporcionando aos preceptores a oportunidade de rever suas práticas e melhorá-las, analisando desafios a serem enfrentados por todos na construção de um modelo de saúde no qual se veja o indivíduo de forma integral. Também é grande oportunidade de contato com profissionais de outras áreas, em direção à implantação de um serviço multidisciplinar” (Depoimento de preceptor).

Em relação a este aspecto, uma pesquisa realizada em uma universidade pública de Belo Horizonte com alunos do PET-Saúde também mostrou que a relação estabelecida entre tutores, preceptores e alunos bolsistas favoreceu sobremaneira o processo de ensino-aprendizagem (PINTO et al., 2013).

Outro ponto a destacar refere-se ao fortalecimento do vínculo estabelecido com os usuários e as organizações comunitárias, proporcionando maior conhecimento do contexto social por parte dos estudantes e professores envolvidos. O desenvolvimento de uma visão mais aprofundada e crítica de como se dá o processo saúde/doença/cuidado e do funcionamento do SUS, principalmente na atenção básica, com todas as suas potencialidades e desafios, também foi possibilitado por meio da imersão dos participantes nesse contexto. Sobre isto afirmam os estudantes participantes na avaliação final do PET/Saúde-UECE:

“Passei a dar maior valorização aos aspectos do SUS e ao processo de ensino como forma de se educar uma determinada população com relação aos cuidados em saúde” (Depoimento de estudante).

“Através da participação no PET-Saúde, conheci na prática como é realizada a vigilância em saúde, fixando o conhecimento de disciplina de epidemiologia O diagnóstico situacional proporcionado pelo PET levou a um melhor conhecimento do serviço e à percepção do que a academia tem a contribuir com o município” (Depoimento de estudante).

Realizou-se amplo debate sobre a participação e o controle social, a partir da necessidade de rearticulação dos conselhos locais de saúde, bem como a discussão sobre os determinantes sociais e a perspectiva da clínica ampliada, aspectos traduzidos na realização de pesquisas sobre os temas. A discussão e a vivência de assuntos tão importantes quanto estes no cotidiano da atenção básica contribui para a formação de futuros profissionais mais atentos à importância dos determinantes de saúde da população, conforme demonstra a fala de uma aluna:

“[...] o ponto positivo foi o grande aprendizado que a atividade proporcionou ao nos colocar em contato direto com a real situação das famílias atendidas pela rede pública de saúde, através do relato de suas dificuldades, experiências e sugestões, em relação à assistência à saúde, bem como através da observação das suas condições de vida e dos determinantes sociais do processo saúde-doença” (Depoimento de estudante).

Apesar dos pontos positivos elencados, houve percalços na trajetória do programa que se devem, sobretudo, ao Pró-Saúde/PET-Saúde não ter sido assumido de forma integral pela instituição, mas apenas por alguns docentes. Isso se refle-

te no fato de que, apesar de englobar todos os cursos da saúde, em algumas categorias profissionais não havia o professor-orientador, por falta de adesão de docentes ao programa.

Outro aspecto relevante refere-se à dificuldade que alguns estudantes tiveram em participar de forma integral das atividades devido à organização rígida dos currículos. Muitas vezes, os estudantes, limitados pela organização da matriz curricular e pelo regime integral, dificilmente apresentavam tempo disponível para a inserção em outras atividades fundamentais ao seu processo formativo.

Considera-se ainda que, no contexto dessa experiência, o pequeno número de discentes envolvidos diretamente pode ter contribuído para a pouca repercussão do programa enquanto disparador de mudanças no processo formativo, fato esse também percebido em pesquisa realizada no município de Santa Maria (FREITAS et al., 2013).

## **PET-Saúde como espaço de promoção da autonomia discente**

Um dos pontos marcantes na experiência do PET-Saúde foi a vivência de uma maior autonomia pelos estudantes dentro da academia. Foi incentivado o protagonismo no processo de construção de sua aprendizagem, mediante o planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no território, bem como na responsabilização e compromisso com as atividades propostas. O depoimento a seguir enfatiza essa estratégia de ação:

[...] enquanto estudante, foi a primeira vez que me senti protagonista do meu processo de aprendizagem. [...] nas reuniões do colegiado de co-gestão, quando por muitas vezes sorri,

chorei, argumentei, defendi meus pontos de vista, tive que calar e repensar sobre minhas opiniões, além de perceber a correlação de forças existentes entre professores e estudantes [...] (Depoimento de estudante).

A compreensão de situações do cotidiano dos serviços à luz do contato e aprofundamento das condições de vida da população foram aspectos enfatizados pelos estudantes. Para alguns, esta foi uma experiência direta com a realidade das desigualdades sociais, a pobreza, as dificuldades de acesso às condições básicas de vida, aspectos enfatizados nos relatos dos estudantes, confrontando-se com a sua vivência pessoal. Por outro lado, poder desconstruir alguns preconceitos e reconhecer as potencialidades das comunidades e dos sujeitos envolvidos também se constituiu importante elemento no processo de aprendizagem:

“Entrar em contato com comunidades tão estigmatizadas fez com que se retirasse o véu do preconceito que cobria minha percepção. Ao chegar ao local e ver pessoas comuns que são vítimas maiores das desigualdades sociais pude extrair muito da força e das virtudes existentes dentro dos indivíduos da comunidade, um lado em que as páginas policiais e os noticiários procuram esconder. Uma experiência valiosa também é ter contato com tantos saberes, populares ou acadêmicos que são úteis para o meu crescimento pessoal além da minha formação acadêmica” (Depoimento de estudante).

Outro ponto a destacar foi o aprofundamento das reflexões empreendidas mediante a realização de atividades de pesquisa, junto às unidades de saúde, ora trabalhando com as

famílias do território e suas lideranças comunitárias, ora com profissionais. Os estudantes puderam vivenciar, sob supervisão dos tutores e preceptores, toda a complexidade do processo da pesquisa de forma participativa, desde sua elaboração até a coleta de dados e análise, na perspectiva da construção de uma reflexão crítica sobre a realidade vivenciada.

A apresentação de trabalhos científicos pelos estudantes também foi marcante durante as atividades do PET-Saúde. Para alguns, essa experiência incentivou a participação em eventos científicos, levando o estudante a elaborar trabalhos em diferentes eventos e modalidades de apresentação.

### **Interdisciplinaridade como espaço de troca e construção de novos saberes**

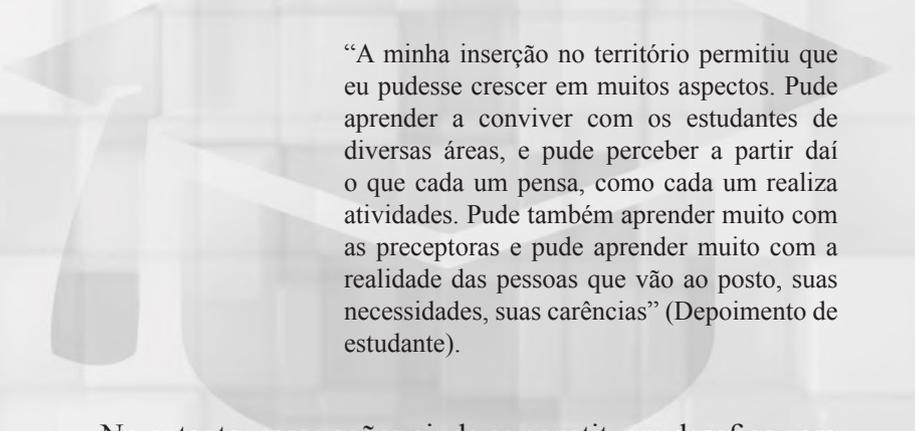
A perspectiva da interdisciplinaridade tem se constituído como fundamento do trabalho desenvolvido na experiência do PET-Saúde. Desde o momento do planejamento das ações, essa foi uma premissa básica por considerá-la imprescindível à realidade de atuação no SUS.

Na Estratégia Saúde da Família, enquanto nova construção para o modelo de assistência, a interdisciplinaridade coloca-se como fundamento e ferramenta na configuração das políticas de saúde. A constituição das equipes de saúde da família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, integrados às equipes de saúde bucal (odontólogos e técnicos de saúde bucal) já demandam, de imediato, pelo menos uma dimensão de trabalho multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A partir de 2008, com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a possibilidade da inclusão de outros profissionais na atenção primária (assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educa-

dores físicos, fisioterapeutas, entre outros), se amplia ainda mais o espectro da necessidade de maior diálogo e construção de novos processos de trabalho, numa forma essencialmente compartilhada do cuidado (BRASIL, 2008).

A atuação integrada das equipes é aspecto enfatizado nesse âmbito de atenção, no que diz respeito às ações no território, como também na realização de trabalhos com grupos, do apoio matricial, do projeto terapêutico singular, corresponsabilidade nos atendimentos, entre outras ações possíveis (BRASIL, 2014), configurando-se como importante contribuição na formação dos futuros profissionais:



“A minha inserção no território permitiu que eu pudesse crescer em muitos aspectos. Pude aprender a conviver com os estudantes de diversas áreas, e pude perceber a partir daí o que cada um pensa, como cada um realiza atividades. Pude também aprender muito com as preceptoras e pude aprender muito com a realidade das pessoas que vão ao posto, suas necessidades, suas carências” (Depoimento de estudante).

No entanto, essas ações ainda se constituem desafios para a formação. A discussão sobre os descompassos entre a formação e a atuação no SUS já tem sido sistematicamente abordada nas pesquisas em saúde, enfatizando as necessidades de reformulações nesse âmbito (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009; BARROS; BARROS, 2010). Assim, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade são colocadas na pauta de discussão, sendo apresentadas outras propostas, tais como as experiências das residências multiprofissionais em saúde (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Nesse sentido, a vivência com o PET-Saúde tem demonstrado a importância, mas também os desafios que a interdisciplinaridade impõe para a formação acadêmica. Dentro dessa experiência, os estudantes têm ido a campo em grupos compostos por diferentes categorias profissionais, garantindo a presença da diversidade de saberes, o que se reflete no aprendizado dos alunos, que percebem a riqueza da interdisciplinaridade ainda na graduação.

A visão multidisciplinar foi ampliada a partir da percepção dos problemas, assim como a sua capacidade de resolução, uma vez que passaram a compreender a dimensão dos problemas existentes no território sob uma perspectiva mais ampla, com suas potencialidades e desafios. Na medida em que se amplia o olhar, é superada a visão fragmentada, dando espaço à percepção integral do sujeito e da produção da saúde.

A dimensão interdisciplinar foi um dos pontos destacados no processo de avaliação do Projeto PET-Saúde realizado ao final do período 2010-2012 com participação dos tutores, preceptores e estudantes:

“Tenho aprendido e gostado cada vez mais de saúde pública. O PET-Saúde transforma o aluno, amplia sua visão, traz o diferencial para o profissional em formação. Não posso mensurar! As amizades que adquiri, a multidisciplinaridade de ideias, a nova visão da saúde, o doente acima da doença, são, de fato, imensuráveis” (Depoimento de estudante).

Os resultados mostraram que a aprendizagem mais significativa está relacionada à compreensão do SUS, construída com a inserção dos alunos em cenários de práticas, onde, segundo eles, não se ensina interdisciplinaridade, se aprende e

se vive no enfrentamento dos desafios e da convivência dos diferentes saberes e olhares:

“Acredito que quando participei do matriciamento na unidade pude observar interdisciplinaridade e integração entre os diferentes sujeitos, pois nessa atividade a equipe se reúne e discute junto com o paciente o melhor atendimento e a melhor forma para o bem-estar do paciente, atendendo suas necessidades” (Depoimento de estudante).

Com efeito, apreende-se que o trabalho interprofissional – no qual não existe profissão mais importante que a outra – aponta os passos necessários para se afirmar que caminhamos rumo à efetiva consolidação do SUS.

## **Considerações Finais**

O desenvolvimento de uma política efetiva de formação para a saúde tem se concretizado com base em múltiplas estratégias que atuam de forma sincronizada e articulada, com a participação ativa das instituições e representações nos níveis local, municipal, estadual e nacional, buscando a intersectorialidade entre saúde e educação.

Inexoravelmente, o PET-Saúde sintetiza contribuições que reforçam o acompanhamento das ações assistenciais, permitindo melhor capacitação para os profissionais dos serviços de saúde e qualificando o atendimento aos usuários do SUS.

Numa perspectiva política, a experiência possibilitou o estreitamento das relações entre as IES e os gestores do SUS, e a articulação com os profissionais dos serviços, estimulando a participação na problematização das orientações programáticas, no desenvolvimento das pesquisas e na produção do conhecimento com centralidade nas práticas assistenciais.

Ao longo dos seis anos de desenvolvimento do PRÓ-Saúde /PET-Saúde, os relatórios identificam avanços, dificuldades, além de novos desafios que emergem do movimento gerado pelo processo de mudanças. Nesse caminhar, consideramos como principais potencialidades: integração dos Ministérios da Saúde e Educação; integração dos estudantes de diferentes categorias profissionais, refletindo na construção de uma perspectiva interdisciplinar de atuação; participação efetiva dos tutores e preceptores; reforço interdisciplinar na atividade assistencial; institucionalização da pesquisa como recurso para o serviço e produção de conhecimentos relevantes para a atenção básica; divulgação das atividades para os usuários; planejamento participativo com base epidemiológica; avaliação formativa, periódica, durante toda a vigência do projeto; fortalecimento do tripé ensino/pesquisa/extensão e a disseminação dos mecanismos de controle e participação social.

Quanto às dificuldades e desafios enfrentados pelo PET-Saúde, podem-se apontar: a precariedade da estrutura física das unidades de saúde; a descontinuidade das ações com a mudança dos gestores; baixa flexibilidade curricular; desinteresse dos docentes em participar do programa e o insuficiente número de bolsas para os estudantes.

Com efeito, compreende-se que a continuidade, a sustentabilidade e os novos desafios a serem enfrentados dependem da condução atenta e responsável de todos os atores envolvidos na proposta de mudança do processo formativo dos profissionais de saúde, como bons guias do leme que, às vezes, requer mudanças bruscas, e, outras vezes, segue caminhos amenos, não esquecendo o valor inestimável de monitorar, acompanhar e avaliar as atividades, estratégias de ação, objetivos, resultados e impactos do PET-Saúde.

## Referências

BARRETO, I.C.H.C., et al. Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza-Ceará-Brasil. Divulgação em Saúde para debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, Rio de Janeiro. 2006; n. 34, p. 31-46.

BARROS, M.E.B; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. Humanização em perspectiva. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS Edição especial**. Nov. 2010 Pp 15-20. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_especial\\_humanizacao\\_em\\_perspectiva.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_humanizacao_em_perspectiva.pdf)> Acesso em 22/12/2014.

BRASIL. Portaria Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-40, 4 mar. 2008.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. **Marco de referência da educação popular para as políticas públicas**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://conae2014.mec.gov.br/imagens/pdf/marcodereferencia.pdf>>.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, et al. Organizadores. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, 2006. p. 88-110.

CAMPOS, G.W.S, organizador. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 1-236.

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

DAGNINO, E. organizadora. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: Dagnino E, organizadora. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 279-301.

FREIRE P. organizador. **Educação como prática da liberdade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

FREIRE P. organizador. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 10-165.

FREITAS, P.H. et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery** (impr). 2013 jul-set; 17(3): 496-504.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, Dec 4, 2010, vol 376; pp 1923–58. Published online at <www.thelancet.com>

GUEDES, C.R; PITOMBO, L.B; BARROS, M.E.B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19 [n. 4]: 1087-1109, 2009.

HADDAD, A.E., et al. A Educação Médica no contexto da Política Nacional da Educação na Saúde. In: Marins JJJ, Rego S, organizadores. **Educação Médica: Gestão, cuidado, avaliação.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p.19-41.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; 14(Supl. 1):1463-1472.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer Nº: CNE/CES 1133, de 07 de agosto de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem**, Medicina e Nutrição. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer Nº: CNE/CES 116, de 03 de abril de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15514&Itemid=>](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15514&Itemid=>)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: 2007 – Série E. Legislação de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PortariaNº1802, de 26 de agosto de 2008**. Institue o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, DF, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde)**. Brasília, 2009.

OLIVEIRA, L.C. (Coordenadora). **Participação popular na Estratégia Saúde da Família: Relatório de pesquisa**. UECE: Fortaleza, 2012.

OLIVEIRA, M,L. et al. PET-Saúde: (In)formar e Fazer como Processo de Aprendizagem em Serviços de Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, 36 (1, Supl. 2): 105-111; 2012.

PAIM, J.S. organizador. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 1-356.

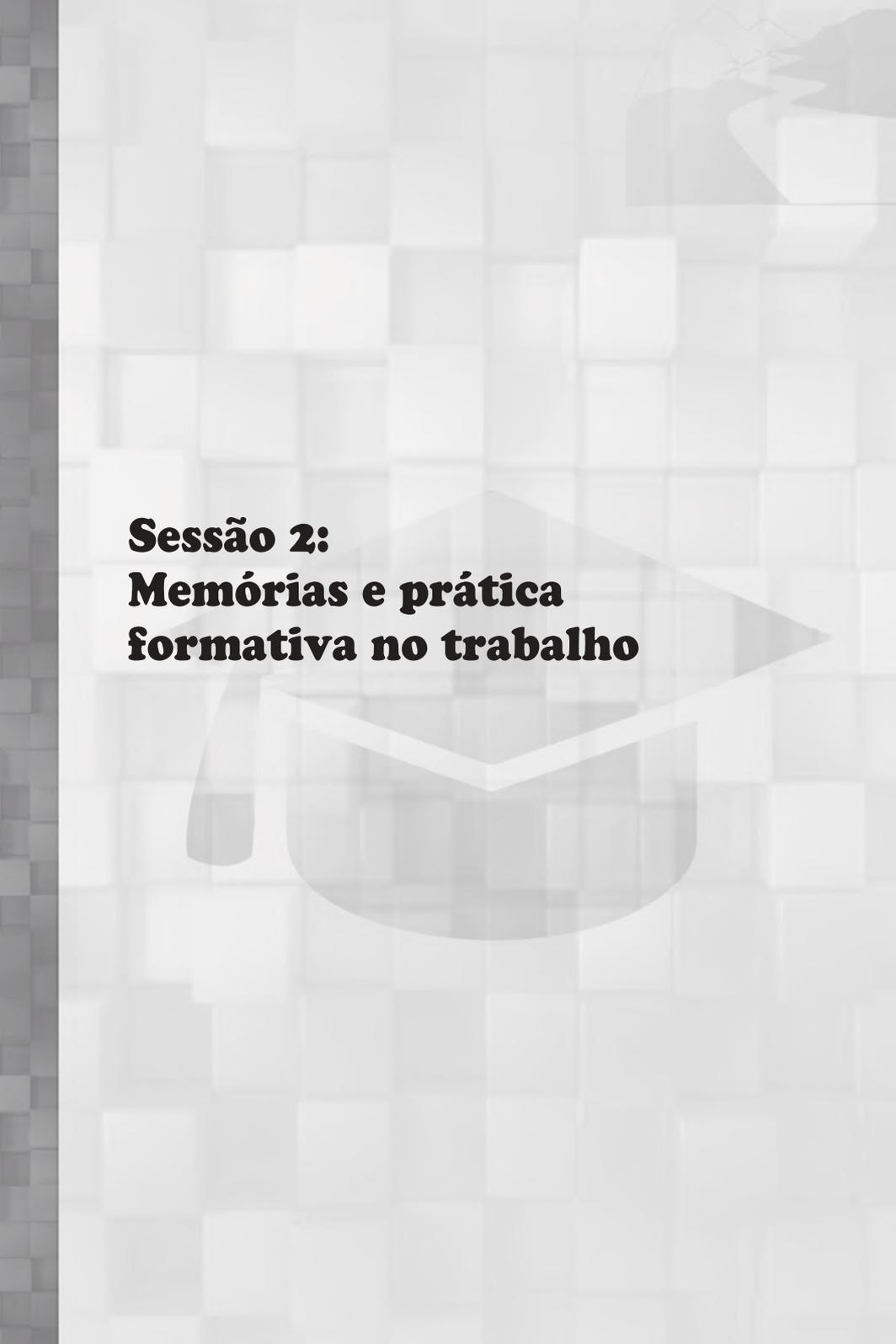
PEREIRA, A.M.C; ÁVILA, M.M.M. **A percepção dos estudantes de nutrição e docentes tutores sobre a contribuição do PET-Saúde na formação profissional na Universidade Estadual do Ceará**. Trabalho de conclusão do Curso de Nutrição. UECE: Fortaleza, 2012.

PINTO, A.C.M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18 (8): 2201-2210, 2013.

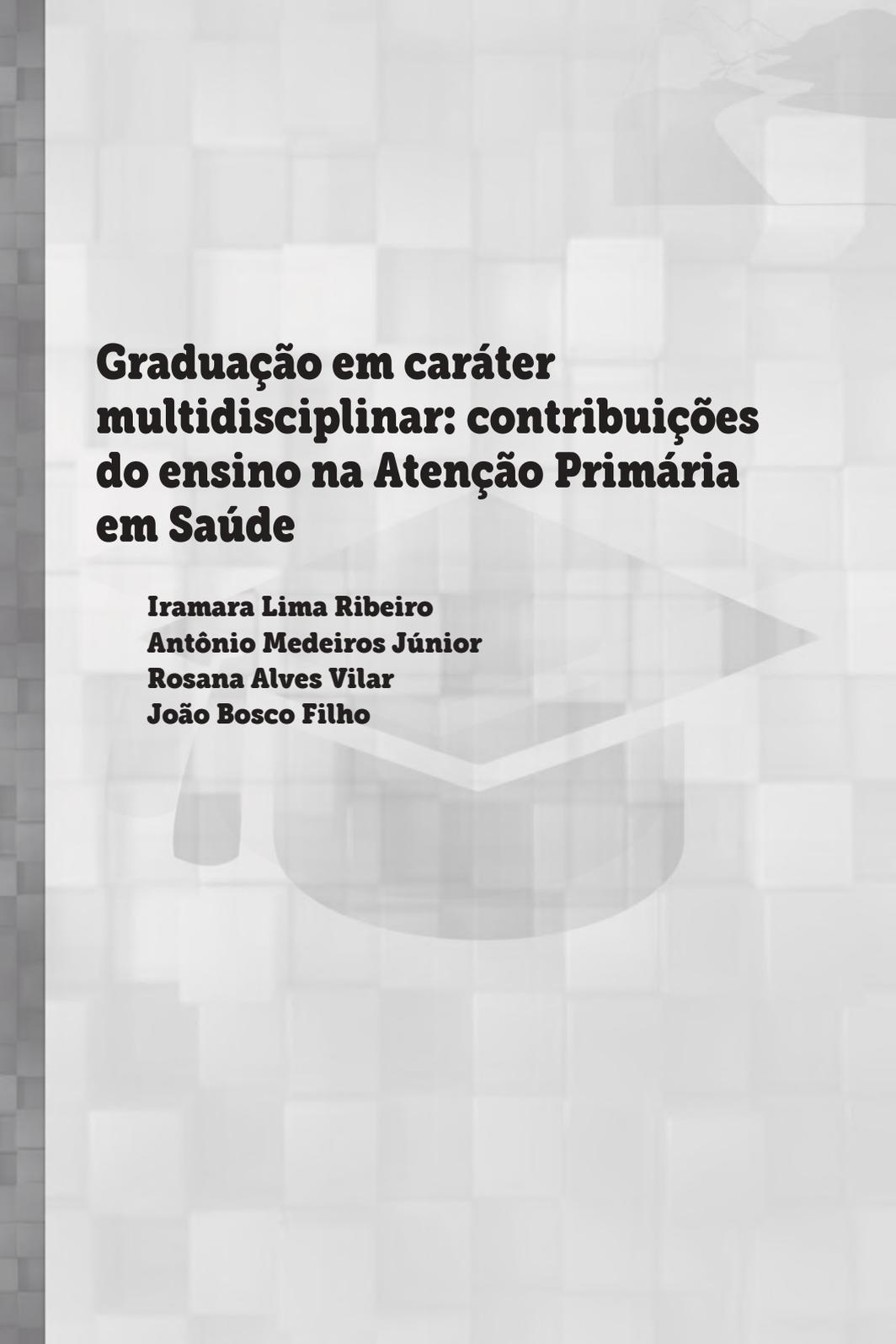
RODRIGUES, A.A.A.O. et al. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, 36 (1, Supl. 2): 184-192; 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Relatório da Oficina de Avaliação do PET-Saúde-SF**. Fortaleza: UECE, 2012a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Relatório Final PET-Saúde – Saúde da Família**. 2010-2011. Fortaleza: UECE, 2012b.



**Sessão 2:  
Memórias e prática  
formativa no trabalho**



# **Graduação em caráter multidisciplinar: contribuições do ensino na Atenção Primária em Saúde**

**Iramara Lima Ribeiro  
Antônio Medeiros Júnior  
Rosana Alves Vilar  
João Bosco Filho**

O ensino de graduação na área da saúde tem sido baseado tradicionalmente na transmissão de conteúdos para os alunos, segundo áreas de especialização. No entanto, é necessário investir em práticas educativas interdisciplinares e crítico-reflexivas, uma vez que, na sociedade atual, os diferentes campos da ciência, as diversificadas realidades geopolíticas e múltiplos contextos sociais são integrados (BATISTA et al. 2005). Assim, as relações de horizontalidade do conhecimento são relevantes para delinear estratégias de cuidados de saúde.

Respeitando-se as competências específicas de cada profissão, há possibilidades de trabalhar competências gerais através da partilha de conhecimentos comuns, preparando os alunos para o trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar. A lógica de tais competências enfatiza a necessidade de uma comunicação intensa e dá caráter de interdependência entre os profissionais, incorporando conhecimentos e práticas que são comuns a todas as profissões (PINHEIRO; BARROS, 2007).

Seguindo nessa direção, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) oferta a disciplina Programa Tutorial Integrado (POTI), realizada em Unidades de Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) e integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET - Saúde), que faz parte da política de incentivo a mudanças curriculares do Ministério da Saúde do Brasil, cujo início ocorreu em 2010, possibilitando a aprendizagem de grupos tutoriais em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS – BRASIL, 2010).

Para participar do PET-Saúde, as universidades brasileiras concorrem a editais bianualmente, lançando propostas cuja aprovação é homologada em portarias. Tal programa ocorre atrelado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este foi instituído pela portaria interministerial nº 2.101 de três de novembro de 2005,

contemplando os cursos de graduação das profissões que integravam o Programa Saúde da Família (Medicina, Enfermagem e Odontologia), de modo a reorientar a formação em resposta às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS (BRASIL, 2005).

No POTI, alunos no segundo período da graduação dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, entre outros, estudam multidisciplinarmente conteúdos que congregam habilidades gerais e comuns às profissões em contato direto com os serviços de saúde e a população, realizando trabalhos em equipe de modo a desenvolverem competências éticas e humanísticas, favorecendo a uma formação profissional voltada às necessidades locais. Os alunos são orientados e acompanhados por tutores (professores da universidade) e por preceptores (profissionais da APS), como agentes facilitadores do processo ensino-aprendizagem na perspectiva da Educação Interprofissional (EIP). Nesta linha educacional, o trabalho interdisciplinar busca superar as formas tradicionais de ensino que conduzem ao cuidado fragmentado (PEDUZZI, 2013), prestando um atendimento mais humanizado e qualificado aos usuários.

O objetivo deste estudo foi identificar as principais contribuições do POTI na formação de graduandos de medicina, enfermagem e odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

## **Método**

A pesquisa do tipo documental, com abordagem qualitativa, teve como material os portfólios de aprendizagem escritos por estudantes de medicina, enfermagem e odontologia em 2011, elaborados durante as experiências dos mesmos no POTI. Esse tipo de pesquisa é realizada a partir de materiais

que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser atualizados de acordo com os objetos da pesquisa. É vantajosa por serem os documentos uma fonte rica e estável de dados, de baixo custo e não requerer contato direto com os sujeitos. Quanto às limitações, o problema mais crítico é a subjetividade dos documentos, o que tende a limitar as conclusões do pesquisador (GIL, 2002).

Este estudo fez parte de uma dissertação de mestrado e os critérios para a escolha do material visaram a identificar as contribuições da disciplina a partir dos registros dos estudantes quanto ao seu processo de formação, mediante a interação com os graduandos de seu grupo tutorial, tutores, preceptores, demais membros da equipe de saúde e usuários. Assim, foram escolhidos portfólios contendo: boa comunicação escrita; ênfase na contribuição do POTI para a formação profissional; a presença de conteúdo crítico-reflexivo; e a identificação das principais fragilidades desta experiência tutorial.

*É importante ressaltar que houve um olhar criterioso no intuito de buscar tanto contribuições quanto fragilidades da disciplina para que os achados refletissem de fato a formação na Atenção Primária em Saúde, na qual o território e todas as suas relações geográficas, econômicas, sociais e culturais se entrelaçam em relações complexas. As identidades dos estudantes, profissionais ou qualquer pessoa citada nos documentos foram preservadas. A respeito das implicações éticas, foi requerida anuência prévia para o acesso aos documentos e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), CAAE: 0065.0.294.000.*

Os documentos foram agrupados em um documento único (*corpus*) e a análise ocorreu com o auxílio do *software* Alceste© versão 4.9. Este *software* faz a contagem das raízes de

palavras estatisticamente significantes (qui-quadrado), agrupando-as em classes de significados semelhantes. Além disso, fornece um dendrograma e trechos significativos do corpus que são chamados Unidades de Contexto Elementar (Unité de Contexte Élémentaire - UCE), de modo a subsidiar a interpretação dos pesquisadores, segundo unidades de sentidos semelhantes. Isto é, destacando as palavras e as UCE mais importantes presentes no *corpus*, que representam identificações de consenso coletivo calculadas pelo *software* as quais podem ser interpretadas qualitativamente.

## Resultados

Coletamos 91 portfólios de fevereiro a março de 2012, dos quais 36 foram pré-selecionados de acordo com os critérios descritos na metodologia. Depois de uma leitura atenta, 25 portfólios de dois semestres letivos do ano de 2011 foram escolhidos. Estes documentos foram escritos por alunos (cursos de medicina, enfermagem e odontologia) que participaram do POTI em seis Unidades de Saúde da Família – USF (A, B, C, D, E, F) da cidade de Natal-RN, localizadas em áreas socioeconomicamente desfavorecidas e mais vulneráveis em relação à saúde / doença.

Os documentos mostram que o POTI adota a metodologia da problematização numa visão construtivista da aprendizagem em que o tutor media o ensino, com a ajuda dos preceptores, e são responsáveis por orientar as práticas de saúde, ressaltando o papel ativo do estudante na interação com a equipe e usuários dos serviços de saúde.

O *corpus* analisado continha 1.177 Unidades de Contexto Elementares, das quais 56 % foram apreendidos porque o programa automaticamente exclui palavras irrelevantes para o estudo ou com erros ortográficos. As UCE foram agrupadas

em quatro classes, como mostrado no dendrograma. O sinal positivo após a palavra indica que ela está sob a forma de raiz. Para efeitos de análise foram examinadas palavras com os maiores qui-quadrado e com frequência maior ou igual à frequência média. As classes, descritas adiante, foram analisadas e denominadas pelos pesquisadores de “Passos para ser profissional”, “Informações sobre o processo de trabalho”, “Saúde e Território” e “Refletindo sobre a ação”, tendo como base os temas abordados nos portfólios.

### **Passos para ser Profissional**

Na classe 1 (24,1% do corpus - 159 UCE), chamada “Passos para ser profissional”, tomam destaque as palavras: Disciplina, SUS (Sistema Único de Saúde), Saúde Pública e Funcionamento. Foram identificadas relações horizontais no aprendizado e, de acordo com os alunos, a observação da realidade contribuiu para futuras ações acadêmicas e profissionais. Assim, eles refletem sobre a Saúde Pública durante a observação da prática no serviço, como mostra a UCE a seguir.

como estudante e futura profissional da área da saúde, vejo essa experiência como uma forma de aprender o que eu devo fazer no que diz respeito a minha atuação profissional, bem como o que devo ou não esperar do Sistema Único de Saúde. (Portfólio 10, curso de Medicina, sexo feminino, USF C, 2011.1, Khi2=40).

É interessante notar que a experiência curricular de introduzir os alunos em serviços de cuidados primários de saúde leva os alunos a refletirem individualmente, mas impulsionados pelo pensamento coletivo. A partir do diálogo entre

todos os membros da equipe de saúde, um estudante de medicina, por exemplo, chega a compreender que as ações a serem tomadas na prática profissional são mais bem aceitas quando se consideram os argumentos dos membros da equipe e as necessidades dos usuários do serviço.

A despeito disso, existem poucas experiências curriculares que envolvem saúde da família nos serviços, entendida como ação da equipe multidisciplinar sobre determinadas famílias, segundo seu contexto social e de modo a fomentar a melhoria das condições de vida em territórios específicos. Em geral, o contato com a realidade ocorre apenas no final dos cursos durante os estágios, como relatado a seguir.

... agora é esperar o que vem por aí nesta matéria que vejo como de inteira importância para nós futuros profissionais de saúde enfrentarmos a nossa realidade, uma vez que nesses primeiros períodos do curso temos apenas matérias mais teóricas e não temos uma ideia do que realmente podemos encontrar futuramente. (Portfólio 18, curso de Enfermagem, sexo masculino, USF E, 2011.1, Khi2=30).

## **Informações sobre o Processo de Trabalho**

Para a classe 2 (20,3% - 134 UCE) as palavras mais frequentes foram Família, Prontuário Familiar, Visita, Agente Comunitário de Saúde e Equipe. Ela mostra o momento em que os alunos conhecem o sistema de informação das Unidades de Saúde, realizando posterior visita domiciliar junto aos membros da equipe de saúde, testemunhando a coleta de dados a serem transformados em informações e observando o estabelecimento do vínculo entre o usuário e a Unidade:

... achei o prontuário uma forma interessante de se guardar informações, pois nele fica arquivada toda a história de doença da família, podendo ser requisitado pelo paciente a qualquer momento. (Portfólio 8, curso de Enfermagem, sexo feminino, USF D, 2011.1, Khi2=22).

Observa-se como estatisticamente significativa, a sigla ACS (Agente Comunitário de Saúde), isto é, profissionais que trabalham na prevenção de doenças e promoção da saúde em nível individual ou coletivo. Para exercer esta profissão, as normas regulamentadoras recomendam que o ACS esteja domiciliado na área da comunidade em que atuar (BRASIL, 2006). Isto permite uma maior proximidade e compreensão das necessidades locais. Portanto, é possível estabelecer um canal de comunicação entre a população e a “equipe de saúde” (termo estatisticamente significativo). Mais uma vez, os alunos se percebem em relações horizontais, por visualizarem os prontuários familiares trazendo dados coletados por diferentes membros da equipe.

Em geral, este é o primeiro contato dos alunos com os prontuários. Tal fato pode explicar porque eles dão importância em conhecer este rico instrumento de trabalho da equipe de saúde para visitar as famílias depois, observando como ocorre a relação entre profissionais da saúde, familiares e usuários.

## **Saúde e Território**

Na classe 3, que compôs 14,72% do corpus (97 UCE), Saúde, População, Região, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde foram as palavras mais frequentes. A classe demonstra que os alunos são capazes de reconhecer a importância de conhecer a área adscrita da Unidade de Saúde, incluindo os

aspectos socioculturais, a fim de entender o processo saúde-doença e desenvolver estratégias para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

... a área de abrangência como além de uma delimitação, interagindo com os problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários é um espaço de vida pulsante. É por isso que se faz necessário a apropriação do território com a participação da população de forma contínua. A visita é um objeto que deve ser visto como uma forma de conhecer melhor a comunidade, além da prestação de cuidados e orientações de saúde. (Portfólio 24, curso de Enfermagem, sexo feminino, USF D, 2011.1, Khi2=40).

No trecho anterior, a estudante de enfermagem destaca que para caracterizar os problemas da população, é preciso antes de tudo que os profissionais os percebam, em outras palavras, o contexto social deve ser entendido em conjunto com todos os membros da equipe e com a comunidade, respeitando-se as suas peculiaridades. Sendo tal UCE significativa, mostra que este pensamento expressa a opinião de outros estudantes, sejam eles de medicina, de enfermagem ou de odontologia.

### **Refletindo sobre a Ação**

Na classe 4 (40,82% - 269 UCE) os alunos mostram que é significativa a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento de ações voltadas para o bem-estar da comunidade, colocando a teoria em prática. Os destaques foram as palavras Crianças, Pais, Acompanhada, Escola e Apresentação. Eles escrevem sobre um projeto de intervenção, desenvolvido em uma escola. Cada estudante teve a oportunidade de ajudar as

equipes de avaliação dietética, antropometria, vacina, saúde bucal e acuidade visual. Os dados coletados foram consolidados pelos graduandos para apresentar aos pais, a fim de sensibilizá-los para o cuidar da saúde de seus filhos. Neste processo, os estudantes identificaram que as crianças acompanhadas de seus pais no momento da intervenção apresentavam melhores situações de saúde. Percebe-se que os alunos estão mais próximos da comunidade neste momento.

De acordo com o plano de ensino do POTI, em cada grupo tutorial os alunos devem identificar um problema pela observação do território e desenvolver um projeto de intervenção. Mencionamos que a intervenção deve ser escolhida pelos alunos e em comum acordo com os tutores, preceptores e Unidade de Saúde. No período estudado esses projetos incluíam:

- Rodas de conversas com profissionais do serviço e com usuários (esclarecer a respeito dos direitos da comunidade em relação à saúde pública e procedimentos realizados pela UBS; conscientizar a população sobre seu dever de lutar pela melhoria das condições de atendimento localmente; conscientizá-los de como age a Equipe de Saúde da Família);
- Desenvolvimento de material educativo audiovisual – vinhetas para rádio comunitária; banner educativo da dengue;
- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito do cuidado com idosos;
- Participação em projetos existentes na USF: avaliação do risco para o pé diabético; Programa Saúde na Escola; acompanhamento de programa de gestantes e hipertensos (orientação para hábitos saudáveis); construção de indicadores de saúde para a sala de situação; atualização e confecção de prontuários; caravana da cidadania;

- Palestras: orientação sexual e reprodutiva para adolescentes; saúde do idoso;
- Coleta de dados numa pesquisa de satisfação dos usuários;
- Comemoração do dia das crianças em escola com atividades educativas em saúde.

No POTI, podem ser vistas ações que se voltam para as necessidades da USF, com os grupos tutoriais se envolvendo em projetos já existentes, vinculados ao perfil dos usuários no território sob a responsabilidade das equipes de saúde. Ainda assim, foram observados alguns problemas no que concerne às atitudes paternalistas, com uso, por exemplo, do verbo conscientizar. Talvez, um termo mais apropriado fosse “sensibilizar”, uma vez que conscientizar remete a falta de qualquer conhecimento sobre um assunto. Em muitas situações, pode existir algum nível de conhecimento e uma opção de seguir determinada atitude, por razões que cabe à equipe de saúde investigar para definir estratégias com vias a modificá-la positivamente.

Também foram evidenciados nos portfólios grupos dando continuidade às intervenções realizadas em semestres anteriores, levando a crer que se existe prosseguimento, denota que levaram resultados positivos às necessidades de saúde locais. Neste ponto, é preciso mencionar a importância do contato das Unidades de Saúde com experiências problematizadoras, em que os estudantes emergem nos futuros ambientes de trabalho, em uma partilha de saberes entre academia e serviços. Contudo, esta troca nem sempre é possibilitada devido à escassez de oferta de disciplinas ministradas nos serviços no âmbito da UFRN.

Na pesquisa constata-se que alunos do POTI desenvolvem habilidades comuns e interdisciplinares necessárias a uma

prática profissional integrada em prol da promoção da saúde, contudo é fundamental que a formação seja continuada nesta direção. Caso aqueles envolvidos no ensino não tomem para si a importância da inserção dos alunos nos serviços, no sentido de cumprir a missão social da universidade, dificilmente tais metodologias se perpetuarão, caindo-se no problema do ensino sem articulação e flexibilização, distante da dimensão humanista indispensável na formação em saúde. Para a superação desta problemática, tornam-se necessários debates e desdobramentos que possam efetivamente trazer resultados conforme as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais.

## **Discussão**

Nos resultados, foi percebido os estudantes julgando que as experiências vivenciadas no POTI contribuem significativamente para a formação profissional ao sair da perspectiva meramente teórica e adentrar na prática diretamente na APS. Isto vai ao encontro dos achados de Chirelli; Mishima (2004), cuja pesquisa com alunos no último ano do curso de Enfermagem (Marília, SP) revelou que estes diferenciavam as disciplinas de cunho tradicional (professor posto como detentor do saber, o que limita os futuros profissionais quanto a avaliar e enfrentar problemas de modo satisfatório quando no mercado de trabalho), de uma pedagogia crítica (abre possibilidades distintas de solução porque os instiga a questionar, opinar e argumentar).

Um dos problemas que se coloca em debate para a graduação em saúde é a dificuldade para o estudante em identificar as práticas apenas estudando teorias. Na pesquisa de Menezes; Guedes (2014) com 37 acadêmicos do 8º período de enfermagem em uma Instituição Privada de Ensino do Distrito Federal, apesar de 32,4% vislumbrarem a APS (também denominada Atenção Básica, especificamente no Brasil) como futuro

campo de trabalho, dentre todos os participantes, 33% apresentavam dificuldades em identificar que algumas disciplinas perpassavam pela Atenção Básica à Saúde (ABS). Salienta-se que a APS é reconhecida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e, por esta razão, inserindo-se estudantes nela, é oportunizado conhecer o funcionamento de todo o Sistema, familiarizando-os com as práticas dos demais níveis de atenção, locais estes em que também há necessidade de parceria ensino-serviço.

Em nosso estudo houve relatos de que a maioria das disciplinas ofertadas na UFRN permaneciam no campo teórico, existindo uma expectativa de conhecer ativamente os serviços de saúde, corroborando o estudo de Alves et al. (2013) com 19 escolas médicas participantes do Programa de Incentivo à Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), que identificou somente algumas escolas com estágios direcionados à Atenção Primária em Saúde ou ampliando os seus cursos de saúde pública existentes para incluir a área dos cuidados de saúde primários.

Observa-se, portanto, a universidade buscando metodologias ativas de ensino, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais que tiveram seu início em 2001 para a área da saúde. Contudo, para que novas metodologias se disseminem na academia, se faz necessário institucionalizar Programas de Desenvolvimento Docente, dotando-os de novas concepções, visto que os docentes apresentam-se como atores importantes na realização de mudanças (ALMEIDA; MAIA; BATISTA, 2013).

Um aspecto a ser considerado em nosso estudo é que a criação da disciplina POTI ocorreu a partir do surgimento do PET-Saúde, com aumento expressivo do número de estudantes participantes e existia anteriormente apenas outra disciplina de

caráter multidisciplinar. Este programa apresenta papel fundamental na reorientação dos currículos da graduação na saúde, permitindo integrar ensino-serviço, a educação permanente dos profissionais da área e o desenvolvimento de pesquisas, de modo a atender as demandas do SUS (PINTO, 2013) e, na sua efetivação, o Ministério da Saúde concede bolsas para as equipes de trabalho constituídas por tutores, preceptores e estudantes, existindo ainda os estudantes voluntários (FREITAS et al., 2013).

No caso específico da UFRN, há também tutores voluntários, o quais são docentes que se dispõem a realizar ações de ensino de forma articulada à extensão universitária, por compreenderem a importância de tais práticas reflexivas para a formação dos alunos.

Coloca-se aqui a questão: e na inexistência do PET-Saúde, o POTI e tantas outras experiências existentes no Brasil vinculadas a este programa continuariam a existir? Cabe destacar a importância da responsabilidade social das universidades, uma vez que ao desenvolverem ensino, pesquisa e extensão podem conduzir a ações estratégicas de sustentabilidade da vida (RISTOFF, 2013). Portanto, é necessário que o contato com a população ocorra durante toda a formação do estudante a fim de captar a complexa dinâmica de acontecimentos que culminam em problemas ou soluções para os mesmos.

Desse modo, é imprescindível a criação de mecanismos de sustentabilidade de disciplinas/programas vinculados ao PET-Saúde para que sejam continuadas as interações ensino-serviço atuais e surjam novas propostas/ações. Isto requer que as instituições de ensino superior articulem-se e fortaleçam a formação, objetivando preparar os docentes para atuarem junto à sociedade, já que boa parcela dos mesmos recebeu uma formação com os seus professores vistos como detentores do saber e ainda

perpetuam esta forma de ensinar. Para tal, é premente ainda o apoio institucional a estes docentes, visto que ao se lançarem no ensino extramuros universitários, precisarão mediar relações de poderes e de conflitos, de modo a levar a uma formação crítica e reflexiva dos seus alunos. Então, neste processo todo o corpo acadêmico deve estar envolvido, a fim de realizar planejamentos continuados, lançando planos de ação que contemplem todos os recursos necessários ao ensino problematizador.

Salientamos que as relações sociais estabelecidas pelos estudantes no POTI a partir do contato com populações, profissionais dos serviços e também no trabalho em equipe em um determinado território, evidenciam a importância de outros profissionais não graduados nas ações de saúde, tal como o ACS visto por Buchabqui; Capp; Petuco (2006) como impulsionador de novas cores ao fazer em saúde, porque lida com questões políticas onde atua, sendo mobilizador, articulador de redes de apoio e de lideranças.

Assim, os alunos passam a revestir-se de humanismo mediante as relações com outros, quer sejam colegas de cursos diferentes (neste caso medicina, enfermagem e odontologia) ou qualquer pessoa envolvida no processo saúde-doença, num diálogo permanente convergindo para a igualdade de saberes profissionais e populares comuns para a adoção de medidas de cuidado mais assertivas, colocadas em prática a partir de projetos de intervenção.

A maneira de desenvolver a prática pedagógica no POTI, próxima da EIP, que se caracteriza como uma forma de ensino, em que as práticas ocorrem em conjunto, entre os alunos de áreas relacionadas com a saúde (OLSON; BIALOCERKOWSKI, 2014), a fim de prepará-los para o trabalho em equipe e onde há, necessariamente, uma interação entre eles (BRASIL, 2005), pode levar ao desenvolvimento de competências e ha-

bilidades nos estudantes, de modo a beneficiar os mesmos e os usuários. A construção da aprendizagem não é individualizada, ocorre coletivamente (BOK; TEUNISSEN, 2013).

Na pesquisa, as intervenções realizadas por alunos de graduação foram vistas como propulsoras de reflexão. Os estudantes puderam identificar onde fizeram corretamente as coisas e em que aspectos poderiam ter melhor gerido as práticas de saúde. No entanto, foram identificados projetos de intervenção onde os alunos reproduzem formas paternalistas de atenção à saúde. Assim, os usuários assumem uma postura passiva e não participam ativamente nas decisões sobre a sua saúde.

Corroboram os nossos achados a pesquisa de Cardim et al. (2005), com 38 acadêmicos de Enfermagem (entre o 7º e 9º período) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, cujas experiências com práticas de educação em saúde se baseavam num modelo preventivo, de transmissão do conhecimento em que o profissional de saúde é visto como detentor do saber.

Encontramos a palavra sensibilização de ACS no artigo de Lopes et al. (2012). As autoras fazem uma importante relação entre a Atenção Básica e o PET-Saúde ao discorrerem a respeito de sensibilizações realizadas com estes profissionais nos municípios de São Paulo e São Carlos, de modo a ampliar as demandas para além da relação saúde-doença, incluindo pessoas portadoras de deficiência ou transtorno mental, a questão da violência doméstica, das drogas, do cortiço, da fome, da falta de vaga em creches, ações básicas nas áreas da infância e da adolescência em situação de vulnerabilidade pessoal e social, da saúde mental e das pessoas que sofrem psiquicamente.

## **Conclusões**

A experiência do POTI nos documentos analisados apresentou-se potencialmente capaz de despertar no aluno uma

visão de prestação do cuidado que vai além de aspectos biológicos, adentrando em relações sociais e conduzindo a habilidades e atitudes no desenvolvimento de competências éticas e humanísticas para o sucesso de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, ao trabalhar competências gerais no ensino da graduação, conduz-se o estudante ao entendimento de que são necessários diálogos no processo de trabalho entre ele, os demais profissionais dos serviços e a população, e que os saberes desses três atores convergem em algum ponto no enfrentamento dos problemas de saúde, tornando tais relações igualitárias em tal momento.

*É evidente que o sentido de um processo de trabalho horizontal, permeado por valores de responsabilidade e igualdade na Atenção à Saúde, não exige o profissional de adentrar nos conhecimentos técnicos de sua profissão, os quais devem ser trabalhados ao longo da graduação. Contudo, na era da informação em que vivemos, o ensino teórico trabalhado em separado da prática não vem dando respostas às demandas sociais. Assim, identificou-se a necessidade de superar a fragilidade da oferta de disciplinas multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde na UFRN, sendo a disciplina POTI uma das poucas experiências, fomentada pelo componente ensino do PET-Saúde.*

Ressalta-se a importância deste programa no incentivo à formação no âmbito da Saúde Coletiva para que o perfil dos profissionais da área de saúde esteja próximo às políticas públicas do Brasil, dotando o educando de saberes que o instiguem a refletir a respeito da saúde-doença e das relações sociais que a permeiam de modo a gerir mais adequadamente o planejamento de ações às populações específicas.

Reconhece-se como limitação que a pesquisa documental aqui realizada analisa escritos unicamente sob o ponto de vista

dos alunos. Contudo, o êxito quanto ao entendimento dos estudantes da importância do convívio e do diálogo entre pessoas com conhecimentos e habilidades diferentes na área da saúde, estabelecendo relações com foco na interlocução de saberes, compreendendo que, na assistência, para uma melhor adesão das estratégias traçadas na área de saúde, é necessária uma postura de igualdade onde não existem profissões sobrepondo outras, pode nortear novas experiências de ensino que envolvam EIP no país em resposta ao ensino fragmentado e distante da população.

## Referências

ALMEIDA, M.T.C.; MAIA, F.A.; BATISTA, N.A. Gestão nas escolas médicas e sustentabilidade dos programas de desenvolvimento docente. **Avaliação** (Campinas; Sorocaba). 2013; 18 (2): 299-310.

ALVES, C. L. et al. Curricular transformations in medical school: an exploration of the promotion of change in Brazil. **Med Educ**. 2013; 47: 617-26.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev Saúde Pública**. 2005; 39 (2): 231-7.

BOK, H. G. J.; TEUNISSEN, P. W. Patients and learners: time for a re-evaluation of our goals in bringing them together. **Med Educ**. 2013; 47: 1152-61.

BRASIL. Portaria interministerial nº 2.101 de 3 de 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 nº421 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 2010.

BRASIL. Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14

de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 6 Out 2006.

BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Dealing with transforming agents: interdisciplinary in the teaching/learning process in health. **Rev Bras Educ Med**. 2006; 30 (1): 32-38.

CARDIM, M. G. et al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. **Cad Pesqui**. 2005; 1/2: 57-63.

CHIRELLI, M.Q.; MISHIMA, S.M. O processo ensino-aprendizagem crítico-reflexivo. **Rev Bras Enferm**. 2004; 57 (3): 326-31.

FREITAS, P.H. et al. Repercussões do Pet-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**. 2013; 17 (3): 496-504.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.

LOPES, R.E. et al. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. **Rev Bras Educ Med**. 2012; 36 (1): 18-26.

MENEZES, C.H.G.; GUEDES, J.P.S. A formação de profissionais de enfermagem para atenção básica à saúde. **J Manag Prim Health Care**. 2014; 5(1): 10-18.

OLSON, R.; BIALOCERKOWSKI, A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. **Med Educ**. 2014; 48: 236-46.

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

PINHEIRO R.; BARROS, F.S. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (ORGS.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. 111-28.

PINTO, A.C.M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013; 18(8): 2201-10.

RISTOFF, D. Os desafios da educação superior na Ibero-América: inovação, inclusão e qualidade. **Avaliação** (Campinas; Sorocaba). 2013; 18 (3): 519-45.



# **PET-Saúde como instrumento da formação de alunos de Medicina e Enfermagem**

**Karina Diniz Oliveira**

**Gustavo P. Fraga**

**Emilio Carlos Elias Baracat**

**Juliana Perpetuo Souza**

**Augusto Iglesias Ferreira Filho**

**Érica Roberta Fujito Urquiza**

**Vitoria Carneiro Gimenes**

**Camila Ayume Cavalari**

**Adriana Perez Ferreira Neto**

**Andrezza Cristiane Denardi**

**Maria Laura Aguilar de Santana**

**Bruno Mangini**

**Ana Paula Scaranelo**

**Gabriela Iwakura Martelli**

**Renata Cruz Soares Azevedo**

O uso problemático de substâncias psicoativas (SPA) pode ser considerado um problema de saúde pública, pela prevalência e prejuízos que causa no indivíduo (WHO, 2007). A elevada demanda desses usuários às unidades de saúde e o reconhecimento da necessidade da implementação de uma política pública voltada à prevenção e tratamento do usuário coloca o tema como prioritário no projeto pedagógico dos cursos de formação profissional na área de saúde.

Esse tema foi proposto para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) 2012-2014, denominado “Integração ensino-serviço nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia na rede de atenção à saúde, com implementação de modelo de linha de cuidado aos usuários de álcool, tabaco, crack e outras drogas”. O Pró-Saúde é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Rede Municipal de Campinas (RMC), obedecendo à lógica da integração ensino/serviço numa perspectiva interdisciplinar (BRASIL, 2005).

Um dos mecanismos usados pelo Pró-Saúde para atingir seus objetivos é o Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde) (BRASIL, 2008), projeto de campo prático do qual participam alunos e profissionais de ensino superior da universidade e da rede municipal de saúde.

Esse estudo é baseado em um projeto PET-Saúde, que tem como base teórica as potenciais relações entre a dependência química e a ocorrência do trauma (FRAGA; SCARPELINI; SANTOS, 2010; COIMBRA et al., 2010). O objetivo é introduzir os alunos dos cursos de graduação de Medicina e Enfermagem no tema, atuando dentro de um campo de estágio hospitalar referenciado. Adicionalmente, visa a discutir como o processo de aprendizado decorrente da participação no PET

aprimora a capacidade de os estudantes lidarem com os transtornos relacionados ao uso de SPA.

## **Método**

Esse estudo é parte de um projeto PET que foi realizado com os pacientes atendidos em decorrência de traumas na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Os alunos aplicaram questionário sociodemográfico e foram coletadas amostras de sangue e urina dos pacientes, após aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta estendeu-se de 09/11/2012 a 31/08/2013.

As amostras foram analisadas para detecção de álcool no sangue e cocaína, crack e THC na urina. Os pacientes que referissem uso de SPA ou cujas análises resultassem positivas eram submetidos à intervenção breve (IB) pelos alunos. Posteriormente, eram encaminhados ao serviço de tratamento especializado em dependência química da RMC.

A coleta dos dados na UER foi realizada por 17 alunos de graduação em Medicina e Enfermagem, dos quais 12 recebiam bolsa remunerada e cinco eram voluntários. Todas as atividades eram supervisionadas por cinco profissionais de Saúde Mental com experiência e atividade na área de dependência química: uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais. O sexto preceptor é farmacêutico responsável pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) Unicamp, onde foram analisadas as amostras.

Dentre os alunos participantes, oito cursavam Medicina (três no segundo semestre, quatro no sexto semestre e uma no oitavo semestre) e quatro cursavam Enfermagem (uma no segundo semestre e três no quarto semestre). Os voluntários cursavam Medicina, três no segundo semestre e duas no sexto semestre.

Após seleção dos alunos, ocorreu capacitação para a uniformização da coleta de dados. A capacitação incluiu, inicialmente, distribuição de textos aos alunos, com conceitos básicos sobre Dependência Química (neurobiologia, tipos de SPA, critérios de dependência e abuso, tratamento). Posteriormente, foram ministradas palestras (9 horas-aula), buscando firmar os conceitos necessários e resolver eventuais dúvidas sobre o tema, além de uma aula específica sobre a estrutura da RMC.

Em seguida, iniciou-se a segunda fase da capacitação. Nesta etapa, os alunos passaram por processos de simulação de entrevistas, em que realizavam abordagem dos pacientes, aplicação dos questionários e IB. Nessa fase, o grupo era dividido em subgrupos, formados por 5 alunos e dois supervisores cada. Os encontros ocorriam duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, totalizando 7 horas.

As primeiras simulações foram realizadas por dois preceptores, e nas seguintes um dos alunos entrevistava o preceptor, que fazia o papel de paciente, enquanto o outro assistia a cada entrevista com o restante do subgrupo, realizando intervenções e orientando os alunos a resolver eventuais impasses que pudessem ocorrer. Cada aluno realizou no mínimo três entrevistas simuladas. Durante as entrevistas, o questionário era aplicado e a IB era realizada. Foram simuladas diversas situações, criadas em função de dois parâmetros: experiência clínica dos supervisores, que simulavam situações mais comuns na prática da dependência química e do atendimento em UER, e demanda dos alunos, que mostravam preocupação com situações relacionadas ao paciente: postura hostil, negativa de uso com amostras positivas, problemas criminais.

Os pacientes que referiram uso problemático de SPA eram submetidos à IB. As intervenções breves (IB) consistem em informações, recomendações e instruções para a redução do

consumo, feitas por um profissional da saúde. Seu objetivo é promover a motivação para a mudança de hábitos e ajudar o paciente a tomar decisões (MARQUES; FURTADO, 2004).

Os alunos coletaram os dados seguindo uma escala de plantão na UER, sempre supervisionados pelos preceptores.

Foram realizadas reuniões quinzenais com os alunos para atualizações sobre o andamento do projeto, assim como discussão de dificuldades de qualquer natureza: logística, técnica, pessoal. Além disso, foi criado um grupo de e-mails que se estabeleceu como um canal de comunicação entre a equipe, através do qual eram marcados encontros, apresentados problemas e soluções, definidas escalas de plantão.

Para que pudesse ser avaliada a evolução do processo de aprendizado dos graduandos, foram aplicadas entrevistas direcionadas em três momentos:

1. Antes da coleta, os alunos foram inquiridos sobre as principais angústias na abordagem do usuário de SPA.

2. Durante o período de coleta, foi solicitado que os alunos descrevessem a dinâmica do primeiro plantão, as dificuldades no contato com os pacientes e com o serviço.

3. Ao final da fase de entrevistas, foi aplicado seguinte questionário:

- Antes de participar do PET, você perguntava sobre o uso de SPA? Para quais pacientes? Se sim, em quais situações? Qual conduta assumida após resposta positiva?
- Após participar do PET, você pergunta sobre uso de SPA aos pacientes que atende? Se sim, como e em quais situações? Qual conduta assumida após resposta positiva?
- Em que a sua participação no PET interferiu nisso?

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unicamp (parecer nº. 185108).

## Resultados e Discussão

Foi possível consolidar as respostas dos alunos participantes em dois padrões distintos de idéias:

- **Primeiro padrão:** preocupações acerca da abordagem do usuário de SPA (respostas obtidas na fase de capacitação e no início da coleta de dados).

Ao participarem dos primeiros encontros de capacitação, percebia-se insegurança em relação à postura a ser assumida ao inquirir sobre o uso de SPA.

Algumas vezes tento questionar o uso, mas me sinto um pouco insegura, não bem capacitada, era como se eu fosse desajeitada para isso. (aluno, 2º semestre, Enfermagem)

... Apenas perguntava se usava algum tipo de “droga” e esperava simplesmente por uma resposta afirmativa ou negativa e me sentia constrangido em perguntar e tentava já mudar de tópico durante a anamnese. (aluno, 6º semestre, Medicina)

Ter contato com o paciente é a grande expectativa do aluno desde que inicia o curso. Isso ocorre, entretanto, com algum grau de angústia e insegurança (QUINTANA et al., 2008). É uma situação geradora de estresse e vulnerabilidade para o aluno, principalmente nos anos iniciais do curso. O contato direto com supervisores pode diminuir essa tensão, oferecendo

segurança para que essa abordagem seja realizada de modo tranquilo, com a perspectiva de um aprendizado satisfatório (TRINDADE; VIEIRA, 2013).

Esse aspecto pode ser confirmado por relato dos alunos logo após o primeiro plantão:

Então eu falo por mim que embora todos estejam ansiosos e cheios de dúvidas sobre o que fazer lá, eu digo que muitas das minhas dúvidas foram se esclarecendo ao longo do que eu fiz na prática (...) por mais complicado que pareça, vai dar tudo certo no final. (aluno, 6º semestre, medicina)

Essa dificuldade de inquirição sobre uso de SPA pode ser observada não apenas em estudantes, mas profissionais da saúde de uma maneira geral (RUSH et al., 1994).

- **Segundo padrão:** a prática supervisionada como ferramenta para maior segurança na abordagem da dependência química (respostas obtidas após a coleta de dados).

No início ficava meio sem jeito em perguntar sobre SPA e não sabia muito como reagir perante uma resposta positiva ao uso. Mas hoje, consigo agir naturalmente (...) como nós somos acostumados a perguntar sobre dor, por exemplo. (aluno, 2º semestre, medicina)

Também sinto-me mais a vontade em abordar o uso de SPA, sem pré-julgamentos, e também compreendendo melhor a ação de cada droga no organismo. (aluno, 8º semestre, medicina)

... me mostrou que tal investigação pode ser feita de maneira natural sem fazer julgamentos ou pensamentos preconceituosos. E noto que essa investigação de uso de SPA não é feita rotineiramente com os diversos pacientes que procuram o nosso serviço único de saúde. (aluno, 6º semestre, enfermagem)

... achei a experiência de abordar os pacientes incrível. No começo a gente fica meio inibida, mas depois começamos a conversar e ficar mais enturmados. ... foram vários pacientes interessantes que de imediato eu achava que não fossem falar que faziam uso, mas depois fui surpreendida e muitos deles falaram numa boa e mostraram-se bastante receptivos. (aluno, 6º semestre, medicina)

Minha participação no PET ... me fez enxergar a importância de perguntar sobre o uso e o abuso de substâncias psicoativas, e pretendo incorporar isso ao meu atendimento como futura médica. (aluno, 2º semestre, medicina)

Os relatos dos alunos mostram a prática supervisionada como uma ferramenta importante na abordagem da dependência química, no sentido de diminuir estigmas e valores morais acerca do tema. A elaboração de julgamentos de valor dá lugar à postura profissional de diagnóstico, orientação e tratamento. Isso já foi observado por estudos internacionais que avaliaram a inquirição sobre a dependência química por médicos generalistas (ROHMAN ET AL., 1987; JOHANSSON; BENDTSEN; AKERLIND, 2005).

A capacitação sobre o tema e atividades supervisionadas já se mostraram fatores importantes para a abordagem adequada dessa questão (RUSH et al., 1994). Estudo realizado no

Canadá com 2883 médicos constatou que há noção da importância de se questionar o paciente sobre o uso de SPA, apesar disso a postura assumida diante do problema é na maioria das vezes negativa e distante. Apenas um terço dos entrevistados incluíam na anamnese rotineira perguntas sobre dependência química. O estudo conclui considerando a importância de capacitação para minimizar o problema (TURNER, 1999).

Com a experiência adquirida na prática supervisionada, os alunos apontaram maior segurança na orientação de conduta e encaminhamento do paciente, uma vez detectado o uso de SPA.

Sempre me incomodou ver como nas consultas, desde quando aprendemos a fazer anamnese, nós perguntamos se o paciente faz uso de outras SPA, apenas vendo isso como fator de risco, sem dar muita atenção ao uso em si como problema. Mas eu aprendi nessa rotina e as perguntas acabaram se tornando banais. Depois da experiência do PET, me sinto segura em intervir de alguma maneira, por ter aprendido a fazer intervenção breve, sem precisar “gastar” um grande tempo com isso. (aluno, 6º semestre, medicina)

... pergunto com mais naturalidade, interesse-me mais pela resposta e entro em mais detalhes sobre o padrão de uso. Finalmente, melhorei na proposta de soluções, sugerindo para alguns pacientes a busca de ajuda em um CAPS ou grupo de ajuda no Centro de Saúde, recursos que eu mal sabia que existiam antes da minha participação no PET. (aluno, 6º semestre, medicina)

... Saber perguntar e como reagir também foi algo que aprendi a fazer, e que pretendo aplicar no dia-a-dia, além de entender

que o paciente pode não querer conversar sobre a SPA naquele momento, mas que o primeiro contato – a intervenção breve – (...) pode mudar a forma como ele pensa sobre a droga, especialmente se souber que existe uma infraestrutura que pode ajudar (CAPS-AD, ASPA...). (aluno, 2º semestre, medicina)

... Deu para fazer de forma bem bacana a entrevista motivacional e ele aceitou ir depois procurar a ajuda para o CAPS (que não é tão complicado indicar quanto parece)... Essa era uma grande dúvida minha antes das atividades práticas. (aluno, 4º semestre, enfermagem)

Fiquei muito mais a vontade para abordar o assunto, mesmo porque percebi que o problema era muito mais meu ao ter medo de falar a respeito achando que os pacientes não aceitariam bem a “intromissão”, vi, na realidade, que é um assunto relativamente natural de ser abordado e que pode mudar positivamente o hábito de uso do paciente. (aluno, 6º semestre, medicina)

Com o PET, eu pude entender e desmitificar o uso das SPA. A partir do embasamento teórico e da prática, hoje me sinto mais confortável de conversar com o paciente a cerca desse problema de saúde, além de saber até onde eu posso interferir e orientar o paciente, visando o seu melhor bem estar. (aluno, 4º semestre, enfermagem)

A dificuldade de lidar com o dependente químico não é questão presente apenas entre alunos, mas também em médicos formados. Entre as barreiras identificadas, encontra-se falta de financiamento, falta de apoio social, a falta de conheci-

mento e orientações, técnicas de aconselhamento inadequados, características pessoais de médicos de clínica geral (RUSH et al., 1994; TURNER, 2009).

Em estudo realizado na Inglaterra com médicos generalistas, observou-se que, apesar de terem consciência da importância da abordagem do tema, 56% dos profissionais entrevistados se consideravam incapazes de lidar com o problema (ANDERSON, 1985). Um dos motivos para essa reação era a crença de que as intervenções seriam infrutíferas (RUSH et al., 1994; ANDERSON, 1985).

Apesar de a implementação do projeto PET ter ocorrido em contexto hospitalar, a abordagem do usuário de SPA poderia ter ocorrido em qualquer cenário de prática do SUS. Nota-se, pela fala dos estudantes, que os conceitos e técnicas aprendidos através da capacitação e da prática supervisionada poderiam ser aplicados em qualquer nível de complexidade de atendimento e em qualquer momento da formação do aluno.

A participação no PET proporcionou uma integração de conhecimentos do que era adquirido na graduação com a experiência no projeto. (...) um assunto ainda com tabus que muitas vezes impede a aproximação entre profissional e paciente. (aluno, 2º segundo, enfermagem)

Confirma-se, ainda, a importância da integração entre ensino e serviço, para que o aluno possa não somente assimilar as demandas da população, mas também conhecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde, e o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional (AMORETTI, 2005; MARIN et al., 2013). Este ponto foi relevante no presente trabalho, uma vez que a supervisão foi realizada por profissionais de diversas

áreas e os alunos pertenciam a dois cursos diversos da área de saúde. A atividade diferenciada realizada pelos supervisores (terapeuta ocupacional, enfermagem, psicólogo) foi essencial para que os alunos percebessem as diversas formas de abordagem do sujeito, fortalecendo a ideia de integralidade da atenção. A formação de uma equipe multiprofissional permite a diversidade de visões do cuidado e possibilita a troca de informações e a elaboração de um plano terapêutico mais completo (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

A diferente postura dos alunos em relação ao usuário de SPA, verificada pela mudança dos padrões de respostas conforme a evolução do projeto PET é evidente. Isso reforça a importância de se entender a formação em saúde como um processo complexo, que deve ser norteado por diversos paradigmas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000). A atualização técnico-científica é um deles, mas não deve ser o único alicerce que sustenta a formação do profissional em saúde. Além da capacitação dos alunos, o grande diferencial na postura dos estudantes decorreu do contato direto e supervisionado com o usuário. O cuidado foi abordado sob outras ópticas, mostrando ao aluno que a relação com o paciente vai além do binômio queixa-conduta (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação em saúde é um processo complexo que deve ser alicerçado não apenas em informações técnicas e científicas. O cuidado envolve empatia com o usuário, responsabilidade social e ética e atendimento às necessidades do indivíduo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013). Os saberes e práticas devem ser construídos a partir desse conceito. As estratégias didáticas modernas transmitem a formação da sala de aula para os cenários de prática e envolvem metodologias ativas, graduando profissionais com

espírito crítico-reflexivo (MITRE et al., 2008). Esse trabalho pode ser considerado como exemplo prático desse substrato teórico que norteia a formação de recursos humanos para a saúde.

## Conclusões

Esse estudo mostra que o processo de formação do aluno dos cursos da área de saúde em temas considerados complexos, como a dependência química, pode ser conduzido utilizando estratégias simples. O envolvimento de equipes multiprofissionais com experiência nos cenários de prática do SUS, o uso de simulação na capacitação de alunos e a prática supervisionada podem ser adotados em outras situações e com temas diversos. Em especial, as entrevistas simuladas diminuem os receios que porventura os alunos manifestariam quando da abordagem real do paciente; a proximidade do supervisor no contato com o paciente e o trabalho multiprofissional qualificam a formação do aluno e a atenção aos usuários do SUS.

## Referências

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Ed. Med.** 2005; 29 (2): 136-46.

ANDERSON, P. **Managing alcohol problems in general practice.** *BMJ* 1985; 290: 1873-5.

BRANDÃO, E.R.M.; ROCHA, S.V.; SILVA, S.S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2013; 37, (4): 573-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de Agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=107>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: MS, MEC;2005. p.77.

- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.A.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 2004; 14 (1) 41-65.
- COIMBRA, R. et al. Controle de qualidade em trauma. In: FERRADA, R.; RODRIGUEZ, A. **Trauma** - Sociedade Panamericana de Trauma. São Paulo, Editora Atheneu, 2010. p. 63-9.
- FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009; 14 (supl 1) 1421-8.
- FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M.L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. **Divulg Saúde Deb**. 2000; (22): 36-48.
- FRAGA, G.P.; SCARPELINI, S.; SANTOS, J.S. Sistema de urgência e emergência no Brasil. In: FERRADA, R.; RODRIGUEZ, A. (Orgs.). **Trauma** - Sociedade Panamericana de Trauma. São Paulo: Atheneu ; 2010. p. 7-14.
- JOHANSSON, K.; BENDTSEN, P.; AKERLIND, I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. **Public Health**. 2005 Sep; 119(9):781-8.
- MARIN, M. J. S. et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2013; 37 (4): 501-8.
- MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr**. 2004; 26(supl. 1):28-32.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008; 13 (Sup 2) 2133-44.
- QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2008, 32 (1): 7-14. Acessado em 21.08.2014
- ROHMAN, M. E. et al. The response of primary care physicians to problem drinkers. **American J Drug Alcohol Abuse**.1987 13 (1 and 2): 199-209.

RUSH B. et al. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. **Can Fam Physician**. 1994 Sep; 40: 1557-66.

RUSH, B. et al. How general practitioners view alcohol use. Clearing up the confusion. **Can Fam Physician**. 1994 Sep;40:1570-9

TRINDADE, L.M.D.F.; VIEIRA, M.J. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2013, 37(2): 167-77.

TURNER, B.J. Gaps in addressing problem drinking: overcoming primary care and alcohol treatment deficiencies. **See comment in PubMed Commons belowCurr Psychiatry Rep**. 2009;11(5): 345-52.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Alcohol and injury in Emergency Departments**: Summary of the report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. Word Health Organization (WHO), 2007.





# **PET Vigilância em Saúde no cenário de uma Superintendência Regional de Saúde: relato de experiência**

**Sueli Maria dos Reis Santos**

**Maria Cristina Pinto de Jesus**

**Thaís Pereira Goulart**

**Renata Lourdes Ribeiro Franco Lamy**

**Marisa Batista Brighenti**

Os Programas Pró-ensino de graduação mostram a articulação ensino-serviço por meio de atividades assistenciais, educativas e de investigação, especialmente na atenção primária à saúde. Seu desenvolvimento tem provocado alterações curriculares no sentido de inserir o estudante dos primeiros períodos dos cursos da área de saúde no mundo do trabalho e na assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além do aprendizado da atuação em caráter multiprofissional e interdisciplinar.

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde), criado pela Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, tem possibilitado a articulação ensino-serviço com a inclusão de estudantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A metodologia para o desenvolvimento das atividades do PET Saúde, nos cenários de prática, utiliza o sistema de tutoria, sendo os preceptores profissionais do serviço orientados e supervisionados pelo tutor, docente de instituição de ensino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com a integração entre as áreas de Vigilância e Atenção Primária à Saúde, a articulação tornou-se condição obrigatória e essencial à construção da integralidade na atenção à saúde e ao alcance de resultados a partir do desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, preservando as especificidades dos setores e compartilhando suas tecnologias. Estas ações em nível local são coordenadas pelos Núcleos de Vigilância e Atenção Primária à Saúde das Gerências Regionais de Saúde.

Em 2010, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho Vigilância em Saúde (PET VS), a partir da Portaria Conjunta Ministérios da Educação e da Saúde nº 03, de 3 de março de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Entre os objetivos do PET VS, destacam-se: estimular a formação de profissionais e

docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, cuja atuação profissional pauta-se no espírito crítico, cidadania e função social da educação superior; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar na área de vigilância em saúde e fomentar o papel da vigilância 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em nível estadual, a Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF), órgão da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, tem por finalidade garantir a gestão do SUS nos 37 municípios pertencentes a três microrregiões, Juiz de Fora/Bom Jardim /Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas. Compete-lhe implementar as políticas de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional e promover articulações interinstitucionais.

A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), desde 2006, vem participando do Programa de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde Pró-Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007), inicialmente com os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e, a partir de 2009, passou a desenvolver atividades no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Embora os cursos de graduação da área da saúde da UFJF apresentem em seu projeto pedagógico a abordagem sobre a

Vigilância em Saúde, as atividades oferecidas nos cursos proporcionam poucas oportunidades práticas para os estudantes vivenciarem as ações implementadas nos serviços de Vigilância em Saúde.

A partir de 2010, a UFJF, em parceria com a SRS/JF, implantou o PET VS, tendo como objeto de estudo os sistemas de informação em saúde dos municípios das microrregiões pertencentes à SRS/JF, sua relação com profissionais de saúde e gestores no nível local e sua importância no planejamento de ações de saúde.

Os impactos do trabalho desenvolvido pelos participantes do PET VS da UFJF-SRS/JF, no período 2010-2012, e o estímulo para a implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) levou o grupo a desenvolver ações no âmbito da linha de fortalecimento da promoção da saúde a partir de 2013.

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência do grupo PET Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com uma Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2010 a 2014.

## **Método**

Trata-se do relato de experiência de caráter descritivo, vivenciada por estudantes e docentes da UFJF e profissionais da SRS/JF, no período de 2010 a 2014.

O cenário da experiência é a SRS/JF, que tem por finalidade garantir a gestão do SUS nos 37 municípios pertencentes a estas três microrregionais e ainda atende algumas demandas de Gerências Regionais de Saúde vinculadas à sua estrutura. Dentre suas atividades, promove a integração entre a Vigilân-

cia em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, tendo por diretrizes: compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a inserção das ações de Vigilância em Saúde, planejamento e programação de ações individuais e coletivas, monitoramento e avaliação integrada, reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde e educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL, 2009).

O grupo PET VS é formado por profissionais de enfermagem, serviço social, nutrição e odontologia, sendo um coordenador, um tutor, dois preceptores e oito estudantes bolsistas/ano da área de saúde (Enfermagem, Medicina, Nutrição e Ciências Biológicas), totalizando 32 estudantes bolsistas.

Os estudantes cumprem oito horas de atividades semanais com a supervisão do preceptor, sendo da competência do tutor realizar reuniões mensais para planejamento e avaliação das ações do grupo PET VS.

Para o desenvolvimento das atividades do PET VS na UFJF-SRS/JF, adotou-se o ensino tutorial, modalidade que promove a aprendizagem ativa e permite o acompanhamento e a orientação acadêmica dos estudantes, estimulando o trabalho colaborativo e cooperativo no grupo. De acordo com a Portaria nº 343, de 24 de abril de 2013, o Programa de Educação Tutorial deve ser desenvolvido a partir de grupos oriundos de cursos de graduação, interdisciplinares, sendo orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, perfazendo oito horas de atividades semanais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

O ensino tutorial envolve um grupo multiprofissional que desempenha funções de tutoria acadêmica, preceptoria, e mo-

nitoria estudantil. O tutor tem a função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo de prática, no âmbito do SUS. É desenvolvido por profissionais com vínculo universitário, que exerçam papel de orientadores de referência para os preceptores e estudantes de graduação na área da saúde ou afins. Cabe ao preceptor a supervisão por área específica de atuação ou de especialidade em serviços vinculados à Vigilância em Saúde. O estudante bolsista participa das atividades de iniciação ao trabalho e de pesquisa, sob orientação do tutor e do preceptor, com vistas à produção e à disseminação de conhecimento relevante em vigilância em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O PET VS da UFJF-SRS/JF (2010-2012) teve como objetivo levantar e analisar dados epidemiológicos dos municípios da área de abrangência da SRS/JF, por meio dos sistemas de informação com vistas à construção de diagnósticos de saúde.

Os estudantes foram inseridos nos cenários das microrregiões da SRS/JF a partir da reflexão a respeito dos processos de Vigilância em Saúde desenvolvidos por seus municípios. Inicialmente, foi oferecido um treinamento para os estudantes a respeito do funcionamento da superintendência, sistemas de informação e, principalmente, sobre os Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para o período de 2013-2015, tem como objetivos identificar as ações de promoção à saúde executadas pelos municípios da área de abrangência da SRS/JF, identificar os marcadores de saúde na população, elaborar propostas de trabalho em conjunto com profissionais do nível local e regional a partir dos problemas detectados e sensibilizar profissionais de saúde e gestores municipais a respeito da importância da promoção da saúde.

A inserção dos estudantes no cenário de prática, nesse período, se deu por meio de uma oficina de acolhimento, em que foram discutidos os objetivos e exigências estabelecidas no Projeto PET VS da UFJF-SRS/JF. Na oportunidade, foram estabelecidas as funções dos três segmentos profissionais (tutores, preceptores e estudantes). Além disso, realizou-se a apresentação do serviço no que diz respeito à infraestrutura, normas e rotinas.

Realizou-se a capacitação para o uso de tecnologias da informação em saúde para o acesso ao DATASUS, pertinente aos 37 municípios da área de abrangência da SRS/JF, enfatizando-se a relevância da articulação dos dados dos sistemas de informação com o planejamento de saúde nos níveis federal, estadual e municipal.

Os projetos de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, conforme Pareceres de nº 271/2010 e nº 384.875/2013.

O monitoramento e a autoavaliação das atividades do PET VS foram realizados por meio de reuniões mensais da equipe e registro das ações desenvolvidas por estudantes, preceptores e tutor.

## **Resultados**

No período 2010-2014, os integrantes do PET VS participaram da organização de Cursos Introdutórios para Estratégia Saúde da Família; supervisão da Atenção Primária nos pequenos municípios da área de abrangência da SRS/JF; capacitação de profissionais e digitadores do SIAB, objetivando a efetividade do cadastro e utilização dos dados para o planejamento e a avaliação das ações de saúde. Essas capacitações foram feitas em reuniões na SRS/JF e por meio de encontros individuais com representantes dos municípios.

Os estudantes participaram junto com os profissionais da SRS/JF dos cursos disponibilizados pelo Canal Minas Saúde – Ações Básicas da Vigilância Sanitária, Atenção integral à Saúde do Idoso, Prevenção em Pauta, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS/MG, Rede Farmácia de Minas: uma estratégia para qualificar o acesso aos medicamentos no SUS e Curso Alert Sistema Manchester de Classificação de Risco.

Fizeram o levantamento de portarias e resoluções atualizadas em relação à promoção da saúde, identificação das ações de promoção à saúde executadas pelos municípios, participação nas atividades desenvolvidas pela SRS/JF voltadas para a atenção básica e vigilância alimentar e nutricional, planejamento de atividades de controle e combate à dengue e apresentação e discussão sobre o Programa Amamenta-Alimenta junto aos representantes dos municípios.

Destaca-se o levantamento de dados e elaboração de gráficos sobre estado nutricional das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família inscritas nos 37 municípios da SRS/JF, com apresentação na Comissão Intergestores Bipartite Microrregional.

Em relação às atividades de pesquisa, destaca-se a construção do diagnóstico de saúde utilizando-se os dados dos sistemas de informação. Seus resultados apontaram os municípios que necessitavam de apoio da SRS/JF para a atualização das informações nos sistemas.

No período 2010-2012 realizou-se um estudo (JESUS et al., 2012) com abordagem mista, qualitativa e quantitativa, com delineamento ecológico e exploratório para conhecer como o SIAB e o SISVAN são atualizados pelos 37 municípios, sendo a maioria com menos de 20 mil habitantes.

Os dados foram obtidos por meio da consulta ao Banco de Dados do SUS e o Instituto Brasileiro de Geociências e

Estatística, com dados de 2009, e depoimentos de 10 profissionais responsáveis pela atualização dos sistemas. Os resultados mostraram que as menores taxas de cobertura do SIAB estão nas cidades mais populosas. A cobertura do SISVAN em 56,7% dos municípios foi acima de 10%. Os digitadores salientaram como dificuldade o registro manual dos dados e conhecem a importância do consolidado de informações para o planejamento das políticas públicas de saúde e assistência ao usuário. O estudo apontou a relevância dos sistemas de informação em saúde como uma ferramenta de destaque para a gestão em saúde, contudo mostram que o conhecimento sobre esta importância não é garantia de utilização dos dados consolidados na prática profissional. Evidenciou a necessidade de se promover a educação permanente de profissionais e gestores dos serviços de saúde, visando à valorização e aplicabilidade desses consolidados como critério para o planejamento das ações a partir da identificação das necessidades de saúde da população (JESUS et al., 2012).

No período 2013-2014, investigou-se os marcadores de saúde do homem na população de um município de pequeno porte de Minas Gerais. Para tal foram utilizados 217 formulários de Cadastro e Acompanhamento Nutricional e o de Marcadores do Consumo Alimentar de adultos, com dados dos homens. Os resultados apontaram que 134 (62%) formulários foram preenchidos durante o atendimento na Unidade de Atenção Primária à Saúde e o restante no dia da chamada nutricional realizada pelo município. 58% dos homens apresentaram sobrepeso e obesidade e a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foi de 17,5% e 4,6%, respectivamente. As doenças cardiovasculares mostraram-se mais presentes entre os homens. Sua alimentação inclui um grande percentual de alimentos processados. Os marcadores

de saúde identificados no homem indicaram a necessidade de operacionalização de estratégias que fortaleçam a participação do público masculino nas ações de promoção da saúde (JESUS et al., 2014).

## **Discussão**

Os resultados mostram a integração entre a instituição de ensino e o serviço a partir das vivências teórico-conceituais que objetivam a qualificação frente aos conceitos, práticas e ações de vigilância à saúde; atuação no serviço, com desenvolvimento de ações de vigilância em saúde na SRS/JF e na pesquisa com produção e divulgação do conhecimento em nível nacional e internacional.

O eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede de prestação de serviços do SUS. Trata-se de um ato pedagógico que aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das atividades de ensino e os professores dos processos de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação da formação profissional e da prestação de serviços de saúde (HADDAD, 2011).

Os Ministérios da Saúde e da Educação, desde 2005, têm investido fortemente para enfatizar os princípios da Atenção Primária à Saúde nos currículos dos cursos de graduação, por meio das políticas pró-ensino, especialmente o Pró-Saúde e o PET Saúde (HADDAD, 2011). A importância das políticas pró-ensino de graduação consiste na redução da distância entre a academia e o serviço, com vistas a provocar a formação de profissionais críticos e situados no atual cenário da saúde brasileira. Para tal, torna-se necessário investir não apenas na formação técnica e científica, mas também na formação de um cidadão com pensamento crítico-reflexivo, preparado para

recriar e propor formas inovadoras de exercer a profissão no âmbito do SUS (HADDAD, 2011).

As Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação na área de saúde apontam inserção precoce dos estudantes nos serviços de saúde de modo a encorajá-los para o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente acadêmico, incluindo a experiência profissional julgada relevante para a área de formação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

A experiência relatada sinaliza a relevância do grupo PET VS da UFJF-SRS/JF no contexto da política pró-ensino de graduação, que vem contribuindo para a consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde, no âmbito da UFJF. Os participantes tiveram a oportunidade de vivenciar o trabalho multiprofissional desenvolvido na esfera estadual de saúde, fortalecendo os pressupostos teóricos da vigilância em saúde a partir da prática em serviço e identificando a importância das ações locais e regionais à luz da política de saúde.

Um estudo realizado em Sobral, Ceará, mostrou que a experiência do grupo PET VS permitiu aos estudantes uma visão mais ampla acerca das condições de saúde da população, da importância do conhecimento sobre problemas locais para o trabalho da vigilância em saúde tendo como fim a oferta de assistência qualificada e voltada para a realidade de cada território (LINHARES, 2013).

A experiência do grupo PET VS da UFJF-SRS/JF nas atividades voltadas para o levantamento de dados dos municípios nos sistemas de informação em saúde possibilitou a articulação dos eixos teórico-conceitual e atuação no serviço, a partir da análise de questões do cotidiano dos municípios que subsidiaram a discussão acerca do planejamento, implementação e

avaliação das ações de vigilância em saúde, respeitando-se as especificidades de cada localidade.

A participação no PET VS estimula o desenvolvimento do raciocínio e a sensibilidade dos envolvidos, de modo a utilizarem o conjunto de ferramentas e ações disponibilizadas pela vigilância em saúde em suas rotinas, principalmente de atenção à saúde (LINHARES, 2013).

O PET VS UFJF-SRS/JF propiciou ao grupo vivenciar questões do cotidiano pouco exploradas durante o curso de graduação, na medida em que se colocou como protagonista da articulação ensino/serviço de modo expressivo, realizando a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão universitária.

Uma revisão integrativa apontou que as trajetórias das experiências de integração ensino-serviço estreitam as relações entre a universidade e os serviços de saúde, possibilita ao estudante uma experiência acerca da realidade do dia a dia do trabalho, vivenciando situações concretas sobre as quais ele irá intervir e exercer seu futuro papel como profissional de saúde (BREHMER; RAMOS, 2014).

A utilização do método de aprendizagem tutorial resultou em benefícios para o tutor, preceptores e estudantes envolvidos, considerando a aproximação dos saberes profissionais e do olhar sobre a situação/problema, de modo a buscar estratégias coletivas para o enfrentamento. A atividade de tutoria favorece a habilidade de trabalho em grupo, a promoção da cooperação e do estímulo constante de seus membros, o enfrentamento de dificuldades, o respeito a objetivos comuns e uma análise menos individualista e mais criativa de problemas. Além disso, desperta outras habilidades, como comunicação, trabalho em equipe e desenvolvimento de postura crítica. Os

grupos tutoriais têm sistemática própria, bastante estruturada, o que reflete na melhoria do processo de ensino-aprendizagem (WALTER et al., 2010; TOLEDO et al., 2008)

A iniciação do trabalho interdisciplinar foi possível a partir da participação de profissionais e estudantes de diferentes profissões da saúde no PET VS da UFJF. O projeto interdisciplinar é uma ferramenta inovadora que promove mudanças na educação em saúde. A atividade interdisciplinar exige um saber especializado, original e uma diversidade de conhecimentos que permite a pluralidade de contribuições para compreensões consistentes acerca do objeto trabalhado no ensino de profissões da área da saúde (GATTÁS; 2007).

A interdisciplinaridade pressupõe organização, articulação voluntária e coordenada de ações disciplinares orientadas por um interesse comum. Exige também o atendimento de metas educacionais estabelecidas *a priori* e compartilhadas, sem anular a especificidade de cada campo do saber (ASSEGA, 2010). Constitui-se em ferramenta de superação da fragmentação do pensamento e da visão parcial do mundo, epistemologia de complementaridade e de convergência que possibilita a integração dos saberes. Além disso, é pensada em termos de atitude, pois se trata de uma prática que tem como base a cooperação, o diálogo e a abertura ao outro. Implica relações de reciprocidade, de mutualidade, de substituição da concepção fragmentária por uma concepção unitária do ser humano. Considera-se, portanto, que a interdisciplinaridade é um processo que precisa ser vivido e exercido (GATTÁS; 2007).

Destarte ressalta-se a relevância da interdisciplinaridade na lógica da vigilância, uma vez que as ações são concebidas como práticas de saúde e têm como base as necessidades dos usuários em suas dimensões biopsicossociais. A integração de saberes e práticas das diversas áreas possibilita articular ações

de promoção da saúde, de prevenção de agravos e assistenciais por meio da apreensão ampliada das necessidades da população (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A realização de pesquisa científica propiciou aos integrantes do grupo a formação para elaborar e executar projetos de pesquisa, bem como artigos científicos e resumos para apreciação em encontros científicos, além de contribuir para a construção do conhecimento na área de vigilância em saúde.

Com a articulação do ensino, pesquisa e extensão no serviço de vigilância à saúde, o PET VS da UFJF-SRS/JF vem enfatizando a educação dos trabalhadores como componente imprescindível para a construção de mudanças almejadas no SUS e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, mostrando-se como um instrumento indutor de educação permanente no âmbito do ensino de graduação e do serviço de saúde.

A formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve pautar-se no entendimento de que sua capacitação visa a levá-los a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral, em um processo de trabalho coletivo, do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Aprender continuamente, tanto durante a formação quanto no exercício da profissão, é uma competência do profissional. A educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras (JESUS et al., 2011).

## Conclusões

O Projeto PET VS da UFJF-SRS/JF oportunizou aos envolvidos uma vivência acadêmica e profissional fundamentada na integração ensino-serviço, no trabalho interdisciplinar e aprendizagem tutorial, no âmbito da vigilância em saúde. Nesse sentido o grupo coloca-se como um instrumento para viabilizar programas de educação permanente para os profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes, podendo se constituir em uma estratégia de aproximação das instituições de ensino e serviço.

O empenho dos participantes foi imprescindível para a construção do conhecimento, o que sugere a ampliação dessa experiência em outros cenários para o fortalecimento da formação em saúde alicerçada nos princípios do SUS.

As limitações dessa experiência dizem respeito ao fato de a UFJF-SRS/JF contar apenas com um grupo PET VS para desenvolver atividades na sede e área de abrangência. Contudo, as atividades realizadas possibilitaram a aproximação ensino-serviço no nível estadual, bem como ampliar o cenário de aplicação do conhecimento em vigilância à saúde.

## Referências

- ASSEGA, M.L. et al. A interdisciplinaridade vivenciada no pet-saúde. **Revista ciência & saúde**. 2010; 3(1): 29-33.
- BREHMER, L.C.F; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. 2014 jan/mar; 16(1): 228-37. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132.-doi:10.5216/ree.v16i1.20132>>
- GATTÁS, M.L.B; FUREGATO, A.R.F. A interdisciplinaridade na educação. **Rev. Rene**. 2007; 8(1): 85-91.

HADDAD, A.E. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. **Rev. Esc. Enferm. Usp.** 2011; 45 (ESP. 2):1803-9.

JESUS M.C.P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. Usp.** 2011; 45(5): 1229-36.

JESUS M.C.P. et al. Atualização dos dados no sistema de informação em saúde: estudo ecológico e exploratório. **Rev. Enferm. UERJ.** 2012; 20(6): 795-801.

JESUS M.C.P. et al. Marcadores de saúde do homem em um município de pequeno porte. **Esc anna nery.** 2014; 18(4):650-5.

LINHARES M.S.C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab. Educ. Saúde.** 2013; 11(3): 679-92.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. 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. Brasília (DF): MS; 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.** Brasília (DF): MEC; 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria nº 343, de 24 de abril de 2013.** Altera dispositivos da portaria MEC nº 976, de 27 de julho de 2010, que dispõe sobre o programa de educação tutorial - PET. Brasília (DF): MS; 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007,** que dispõe sobre o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - PRÓ-SAÚDE - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF): MS; 2007.

MINISTÉRIO DA 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 vigilância em saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

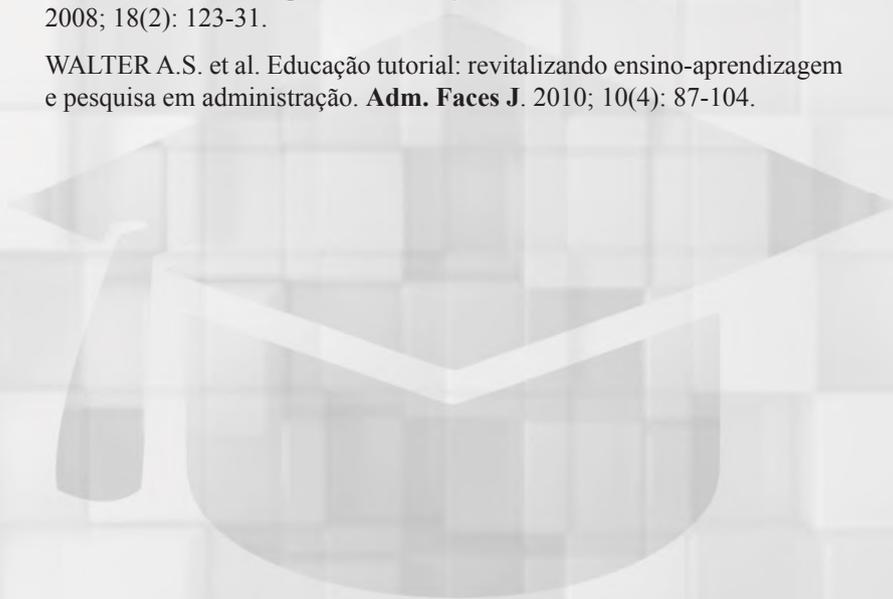
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Secretaria de atenção à saúde. Brasília (DF): MS; 2006.

OLIVEIRA, C.M; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc saúde coletiva**. 2009; 14(3): 929-36.

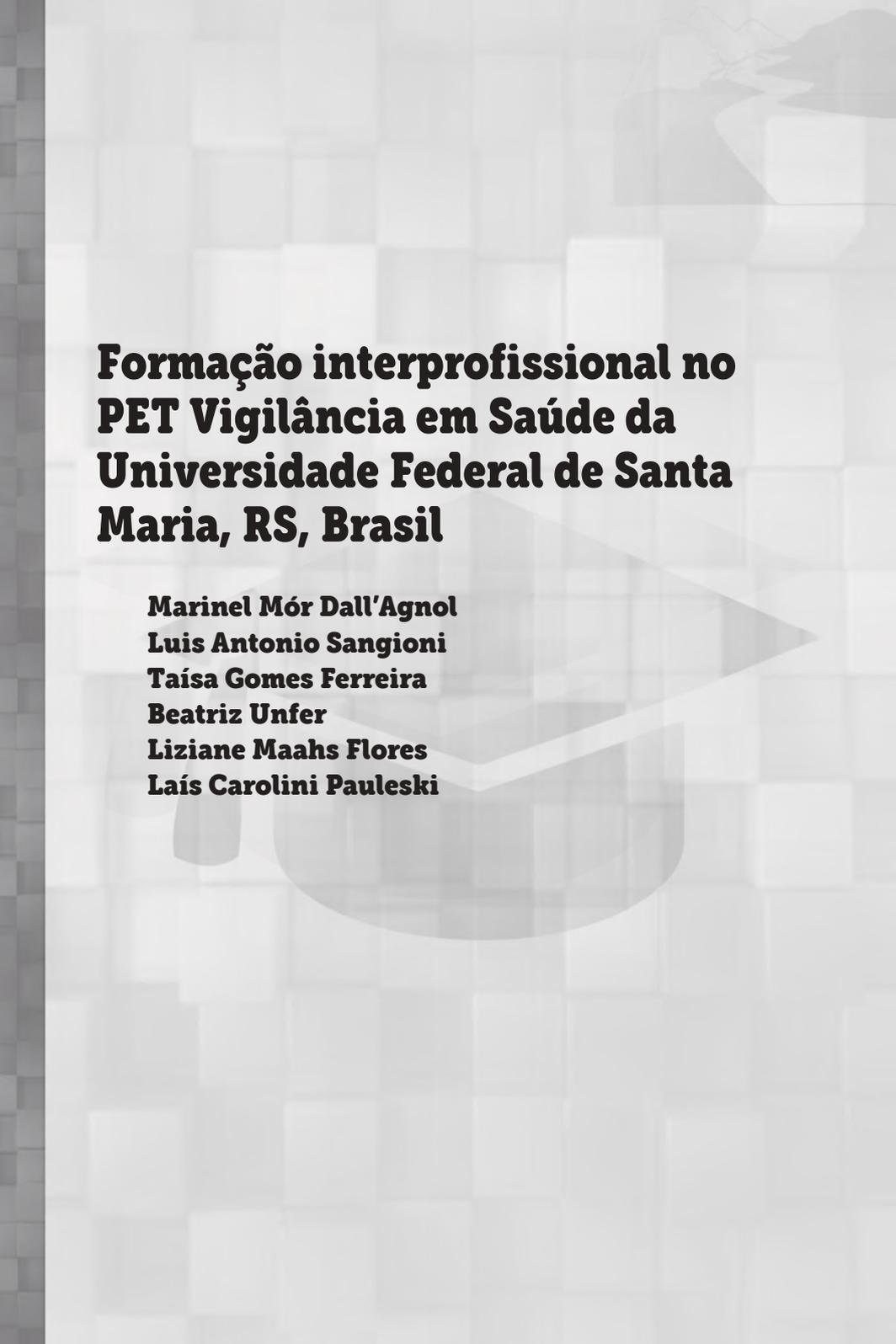
BRASIL. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela união, estados, distrito federal e municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 65-9.

TOLEDO JÚNIOR, A.C.C. et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **RMMG**. 2008; 18(2): 123-31.

WALTER A.S. et al. Educação tutorial: revitalizando ensino-aprendizagem e pesquisa em administração. **Adm. Faces J**. 2010; 10(4): 87-104.







# **Formação interprofissional no PET Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil**

**Marinel Mór Dall’Agnol**

**Luis Antonio Sangioni**

**Táisa Gomes Ferreira**

**Beatriz Unfer**

**Liziane Maahs Flores**

**Laís Carolini Pauleski**

## **1. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET): formação profissional para SUS e pelo SUS.**

A Constituição Federal prevê como uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos e incrementar a área de atuação com desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde, em seus objetivos e atribuições, preconiza que a formação dos profissionais que atuarão junto ao SUS deve ter ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 1990).

Muitos são os desafios na educação para o SUS e múltiplas são as possibilidades, destacando as atividades de integração ensino-trabalho-cidadania. Profissionais, docentes e estudantes da área da saúde devem estar inseridos no mundo do trabalho, fomentando a educação permanente, tendo em vista uma formação qualificada e o fortalecimento do SUS (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013). Para isso, é necessário reorientar as relações entre os diferentes profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade e redefinir processos formativos, garantindo o atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS (FERREIRA et al., 2012).

Iniciativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Ministério da Educação, a partir da Secretaria de Educação Superior vêm estimulando a construção de políticas de orientação das práticas formativas de profissionais da saúde por instituições de ensino superior e movimentos de controle social (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o PET-Saúde objetiva reo-

orientar a formação acadêmica, para atender às demandas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007; 2008). Estes centram os discentes na ótica do protagonismo e responsabilização, sob orientação de um preceptor (profissional dos serviços de saúde) e de um tutor (docente da área da saúde), em um contexto interprofissional que busca incentivar a interação ativa dos discentes e docentes dos cursos de graduação com os profissionais dos serviços e com a população (FERREIRA et al., 2012). Desta forma, busca-se combinar saberes e experiências para a execução de tarefas desenhadas em torno de um objetivo comum (FURTADO, 2007).

Vale ressaltar que essas experiências têm sido consideradas como espaços potenciais para a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) (BATISTA, 2012; PEDUZZI, 2013). A EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre, de e com o outro, a fim de permitir a colaboração e a melhoria dos resultados de saúde. Possibilita que aprendam juntos e ampliem o seu conhecimento e experiências, pois consiste na criação de oportunidades para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Também é considerada estratégia para formar profissionais capazes de trabalhar em equipe e promover cuidado integral, já que possui como características a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão. Diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Assim sendo, as iniciativas de EIP devem estimular a formação de competências requeridas para a colaboração interprofissional – as comuns a todas as profissões; as específicas de cada área profissional e as colaborativas que neste caso, dizem respeito às especificidades de cada profissão e são fre-

quentemente utilizadas a fim de formar profissionais mais colaborativos e capazes de melhorar a qualidade dos serviços (HAMMICK, et al., 2007). A seguir, será descrita a experiência de formação interprofissional no PET Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PETVig).

## **2. O cenário de ação: a cidade de Santa Maria e a Universidade Federal.**

O município de Santa Maria situa-se no centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 292 Km da capital Porto Alegre e é o principal polo assistencial de saúde da região. Pelos dados do último censo, em 2010, o município abrangia 261.031 habitantes (95% urbanos) e um PIB per capita de 15.719 reais (30,8 salários mínimos). Ao mesmo tempo, 43% dos responsáveis pelos domicílios recebiam até três salários mínimos, 20% da população viviam em situação de pobreza (renda per capita <1/2 salário mínimo) e havia 3,2% de analfabetos entre os maiores de 15 anos (IBGE, 2010).

A economia do município é representada essencialmente por serviços, respondendo por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa. O município disponibiliza cuidados básicos em saúde por meio de 13 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e 14 Unidades de Estratégia de Saúde da Família. No nível intermediário de complexidade, dispõe de um Pronto Atendimento Infantil, um Pronto Atendimento Adulto e um Pronto Atendimento Odontológico, além de um Centro de Especialidades Odontológicas. Conta também com um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2014).

A Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) possui 132 cursos de graduação, 108 de pós-graduação e quatro de

Ensino Médio. Com 29.596 mil estudantes em 2014, possui seis campi em cinco cidades (dois em Santa Maria e os demais nas cidades de Silveira Martins, Frederico Westphalen, Cachoeira do Sul e Palmeira das Missões). Na área da saúde dispõe de um Hospital Universitário (HUSM) e um Hospital Veterinário que oferecem suporte a 10 cursos de graduação (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, odontologia, terapia ocupacional, veterinária, psicologia e serviço social) e aos cursos de pós-graduação *lato sensu* (programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde) e *stricto sensu* (mestrados acadêmicos e profissional e doutorados) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2014).

### 3. O PET-Saúde na UFSM

O Centro de Ciências da Saúde (CCS), articulado com o Centro de Ciências Rurais (CCR) e o Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCHS), bem como a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (SMS) foram contemplados com os seguintes programas: Pró-Saúde II 2008 e PROPET 2008 e 2010, PET Vigilância em Saúde 2011-12, PROPET 2012-14, PET Saúde 2008-10, 2011-12 e 2012-14, PET Vigilância em Saúde 2013-15 e PET Redes de Saúde 2014-16.

Os projetos foram elaborados a partir da pactuação de ações entre os serviços de saúde e a UFSM. Estas iniciativas procuraram responder aos desafios de reorientação da formação e da prática dos profissionais, visando a interação entre os diferentes cursos, a consolidação da integração ensino-serviço e a estruturação das redes de atenção a saúde. No ano de 2014 a UFSM possui três programas PET em atividade (PET Saúde, PET Vigilância em Saúde e PET Redes de Saúde).

#### **4. O PET VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2013-2015 DA UFSM**

O PET Vigilância em Saúde da UFSM (PETVig) foi construído em parceria com a 4ª CRS e a SMS, iniciando as suas atividades em maio de 2013. Ele contempla os seguintes eixos da Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde 2011-2015: análise da situação de saúde e fortalecimento e desenvolvimento de capacidades em Vigilância em Saúde e a ampliação da capacidade de vigilância e respostas rápidas às emergências de Saúde Pública (BRASIL, 2012). A equipe inclui quatro tutores docentes e 24 alunos de nove cursos de graduações da saúde da UFSM e seis preceptores profissionais de saúde (cinco do município e uma do Estado).

Diante da experiência acumulada com os programas Pró-PET Saúde na UFSM, observou-se que as investigações conduzidas centravam-se em temas específicos e com restritas conexões entre o conhecimento gerado. Dessa forma, optou-se por desenhar o perfil epidemiológico abrangente da condição de saúde do município, através da análise da situação de saúde que pode contribuir para o planejamento estratégico do setor saúde local.

A informação em saúde, como os demais tipos de informação no âmbito da administração pública, tem papel fundamental como instrumento básico no subsídio à tomada de decisões. O conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, apoia o planejamento, o monitoramento, a gestão, a organização e tomada de ações nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde no Brasil (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE).

Nas últimas três décadas foram realizados vultosos investimentos para estruturação de bancos de dados informatizados do SUS que disponibilizam aos técnicos da saúde informações

epidemiológicas de forma ágil e rápida. Entretanto, estas ferramentas ainda não foram totalmente assimiladas pelos profissionais da saúde e suas potencialidades ainda são pouco exploradas no seu dia-a-dia. Ao mesmo tempo, no meio acadêmico, o conteúdo do sistema de informação em saúde ainda é pouco explorado e a escassez de publicações científicas com esta fonte é um reflexo deste contexto, o que chama atenção, diante da vasta coleção de informações do SUS.

A análise situacional, como etapa inicial do planejamento estratégico, tem entre seus primeiros objetivos, desenhar os indicadores que permitam visualizar a realidade em foco. Para a saúde, estes indicadores já existem com grande variedade de dados e com fontes de informação definidas.

Neste contexto, o PETVig propôs-se a contribuir para o sistema de saúde local, fazendo esta análise a partir dos indicadores do Contrato Organizativo para Ação Pública (COAP) que é a estratégia atual proposta pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento dos municípios.

## **5. Adaptação do projeto diante do desastre decorrente de incêndio em boate de Santa Maria**

A estruturação do PETVig sofreu drástica alteração no desenho do seu projeto nos nove dias finais para submissão ao edital de fomento. Isso foi premente, devido ao incêndio ocorrido em boate da cidade em 27 de janeiro de 2013 que levou tragicamente ao óbito 242 jovens e exigiu a reação rápida do sistema de saúde para atendimento às vítimas. Além da atenção às famílias e amigos das vítimas fatais, dos sobreviventes e pessoas que prestaram socorro, fez-se necessário monitorar a saúde de toda comunidade que se encontrou em sofrimento psíquico em decorrência do ocorrido.

O mapeamento epidemiológico das vítimas fatais, suas famílias e demais atingidos fez-se urgente para possibilitar oportunas intervenções. Além disso, o mapeamento da estrutura assistencial montada para enfrentamento da crise e dos procedimentos realizados será importante para o acúmulo técnico científico que poderá contribuir para a definição de protocolos de atenção rápida a outros desastres que infelizmente venham a acontecer.

No contexto desta Urgência em Saúde Pública que abalou profundamente a comunidade, os tutores do projeto consideraram assumir a sua responsabilidade social em englobar na vigilância em saúde a situação decorrente do desastre.

## **6. Pressupostos do PET Vigilância em Saúde da UFSM: parceria com os serviços, interprofissionalidade e proatividade do estudante da área da saúde**

O PETVig constitui-se de vivências interprofissionais em políticas de saúde, gestão, planejamento e avaliação do sistema de saúde, seus serviços e ações. Os campos e ações de vivências para os discentes envolvem pesquisas que foram previamente discutidas e definidas com gestores, preceptores e demais servidores *in loco* nos serviços. Assim, a contribuição da academia dirigiu-se a ações que já estavam em andamento nos serviços de saúde, oferecendo suporte técnico, principalmente em epidemiologia, apoio a estruturação de projetos, mapeamento dos fluxos e definição das ações prioritárias à Vigilância e aporte de pessoal (graduandos) para estas atividades.

Neste processo, se buscou oferecer subsídios necessários para a construção de estratégias de ensino nos moldes da EIP, que visaram além do estímulo e fortalecimento do trabalho em equipe, o incentivo a práticas de saúde interprofissionais cola-

borativas com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população (PEDUZZI, 2013).

Entretanto, para o adequado transcorrer do programa, fez-se necessário considerar as dificuldades a serem encontradas nos cenários do PETVig: por um lado, a rede municipal, incluindo a Vigilância em Saúde, enfrenta dificuldades estruturais. Por outro, há pouco conhecimento acumulado e prática em Vigilância no CCS da UFSM. Além disso, a gravidade do desastre na boate gerou impacto desestruturante no sistema de saúde local. Não havia conhecimento nem experiência técnica para enfrentamento desta emergência, nem na academia, nem nos serviços de saúde. Para superar essas dificuldades, foi pactuado com a equipe do PETVig que, em vistas da situação de Emergência em Saúde Pública, o projeto estaria em construção permanente e diária, adaptando-se e conduzindo-se em torno de situações-problema que não podem ser totalmente previstas.

Como a organização do PETVig propiciou vivências em EIP, essa condição ampliou a capacidade das equipes para a mobilização saberes a fim de resolver os problemas ou imprevistos através da atuação interprofissional, incluindo desde a organização do trabalho em equipe até a busca de conteúdos visando a integralidade e a solução das situações problema (DE LUIZ, 2001).

A Vigilância em Saúde é um campo propício para o exercício da formação interprofissional, uma vez que as suas tarefas são executadas por técnicos de vários núcleos da saúde. Assim, a interprofissionalidade foi o alicerce do PETVig que abraçou o desafio de integrar três centros (CCS, CCR e CCHS) e alunos de nove cursos de graduação (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, odontologia, serviço social e terapia ocupacional). Para a composição do grupo de alunos, a seleção previu em edital

a proporcionalidade de acordo com o número de matriculados em cada curso. Os quatro tutores são de diferentes profissões (médica, dentista, veterinário e terapeuta ocupacional). O mesmo acontece com os seis preceptores (duas farmacêuticas, enfermeira, médico, dentista e assistente social), sendo cinco profissionais do município e um do Estado.

Entretanto, uma dificuldade a ser superada foi o fato dos cursos, seus docentes e discentes não terem a prática de trabalhar em atividades extra-núcleo. Para contrapor esta cultura, foram debatidas entre tutores, preceptores e estudantes as possíveis formas de construção dos grupos de trabalho, onde se sugeriu a composição multiprofissional. Além disso, durante esses debates, foi privilegiado o desejo tanto dos docentes, quanto dos discentes, pela temática identificada para a construção das ações e das vivências. Como resultado deste processo, os grupos se tornaram naturalmente multiprofissionais.

Assim, contrariou-se a tendência da formação de profissionais isolada e circunscrita à sua própria área de atuação que acarreta na reprodução de formas de trabalhar isolada e independente dos demais (PEDUZZI, 2013).

Vale ressaltar que os grupos foram administrados para que seu processo de trabalho congregasse a valorização da história e da competência de cada área, a discussão do papel profissional de cada integrante e as estratégias de negociação para a tomada de decisão que são características de experiências de EIP (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011). Os docentes, discentes e servidores foram participantes ativos na elaboração do projeto compondo as metas do trabalho, mantendo-os próximos de processos de planejamento e avaliação o que não se constata nos atuais serviços de saúde.

Assim, foram constituídos os três grupos tutoriais, subdivididos em 11 grupos de trabalho, com variadas configurações

de profissões de tutores, preceptores e alunos, em torno dos seguintes projetos:

Grupo Tutorial 1. Análise situacional da saúde em Santa Maria, RS:

- G1. Utilização de indicadores e dados básicos de saúde no planejamento, gestão e avaliação da saúde no município de Santa Maria.
- G2. Processo de territorialização em saúde no município de Santa Maria.
- G3. Análise do processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde na cidade de Santa Maria, RS.

Grupo Tutorial 2. Vigilância a emergências em Saúde Pública: identificação da coorte de vítimas de desastre em boate em Santa Maria, através da análise de sistemas de informação e de prontuários de atendimento:

- G1. Estudo da demanda do Acolhe Saúde - Perfil do usuário do Serviço de Atenção Psicossocial às vítimas do incêndio em boate em Santa Maria.
- G2. Estudo das notificações de intoxicações exógenas por inalação de fumaça no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- G3. Identificação da coorte de vítimas do incêndio em boate de Santa Maria, a partir dos Sistemas de Informação, registros e relatórios da 4ªCRS.
- G4. Assistência farmacêutica às vítimas do desastre em boate de Santa Maria.

Grupo Tutorial 3. Vigilância a Emergências em Saúde Pública: reconstituição do processo de cuidado após desastre em boate em Santa Maria, através de entrevistas e análise documental:

- G1. Reconstituição da Gestão do processo de cuidado imediato das vítimas do incêndio da boate, a partir de análise documental.
- G2. Conhecendo o projeto de estruturação do CIAVA (Centro de Integrado de Atenção à Vítimas de Acidentes no HUSM) e situação atual do serviço.
- G3. Espacialização do Cuidado às vítimas do incêndio em boate em Santa Maria (óbitos e sobreviventes)
- G4. Reconstituição do Processo de Trabalho Desenvolvido em Situação de Desastre em Casa Noturna

Outro pressuposto condutor do PETVig foi a pró-atividade estimulada pelos tutores e assumida pelos discentes. Alguns espaços e estratégias foram desenhados para este fim. Os trabalhos iniciaram com Seminários de Nivelamento Teórico sobre os temas objetivo do programa, os quais foram elaborados e apresentados pelos próprios discentes em grupos multiprofissionais. Foi realizada a revisão da literatura e entrevistas com informantes-chaves sobre os temas do projeto. Assim, ocorreram seminários com o tema “Atenção à saúde em emergências de Saúde Pública: a organização da assistência em saúde mental” e “Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida e COAP”, entre outros.

Esperou-se com esta iniciativa de aprendizagem integrada exercitar a prática do diálogo interprofissional, o desenvolvimento de posturas que respeitem a diversidade e fomentem a cooperação de modo a incentivar a construção de parcerias para práticas transformadoras (SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014).

Outra estratégia que vem buscando o envolvimento dos estudantes é o estabelecimento precoce de produtos que os graduandos deveriam construir a cada etapa do programa, permitindo vislumbrar o possível resultado das discussões

ampliadas e da importância da disseminação do conhecimento adquirido. Estes produtos constituem-se em, por exemplo, apresentação de seminários, representação em eventos, elaboração de artigos científicos e de cartilhas instrutivas.

A organização das atividades a partir da formação de comissões em torno de situações-problema foi uma alternativa que construiu a divisão de tarefas e poderes dentro do PETVig. As comissões são compostas por discentes e preceptores, em torno de situações que foram aparecendo no decorrer das atividades, ou de necessidades apresentadas pelos estudantes. A sugestão de uma aluna (coautora deste artigo) enviada por correio eletrônico à coordenadora do PETVig apresentada a seguir é exemplo concreto desta estratégia (obs.: os nomes são fictícios):

[...] como alguns estudantes do PET têm dificuldades em algumas coisas, como: estruturar projetos e artigos científicos, como lê-los, como fazer uma revisão bibliográfica, como fazer as referências (essa é minha), enfim, pensei que poderíamos ensinar isso uns aos outros. De que forma? Pegamos tudo desde o projeto até o resultado final e o aluno que já fez alguma das etapas, vai dar aula para os outros. Por exemplo: Glória ensina a escrever um projeto, Vinícius e Rosane ensinam a fazer uma revisão bibliográfica, Laura a estrutura de um artigo, Diana fala sobre delineamentos epidemiológicos, fulana de tal explica como fazer as referências e assim por diante. A ideia precisa de aprimoramento, mas estou muito afobada com isso. Diga-me o que acha, o que pode e o que não pode ser feito [...]

Apoiando esta sugestão foi criada uma comissão que organizou a “Oficina de Redação Científica”, ministrada pelos

estudantes do PETVig. Além desta, até o momento, foram constituídas as seguintes comissões: Comissão Editorial, Comissão de organização da mostra dos PETSaúde na Jornada Acadêmica Integrada da UFSM, Comissão de Identidade Visual (camisetas e outros produtos de divulgação) e Comissão de Controle Social (para inter-relação com o Conselho Municipal de Saúde).

Neste contexto, percebeu-se que a EIP e a prática colaborativa maximizam os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo que maximizem a sua capacidade. Essas estratégias modificam a forma como os alunos bem como os profissionais de saúde interagem uns com os outros, melhorando a coesão entre os profissionais, como um determinante na prática colaborativa, sendo eficientes indicadores para o trabalho em equipe. Esta experiência interprofissional no PET, ainda na graduação, poderá favorecer o desenvolvimento das competências comuns a todas as profissões e específicas de cada área profissional, contribuindo para a formação de profissionais que sejam aptos a trabalhar em rede (PEDUZZI, 2013).

## **7. Ciclos de vivência em Vigilância em Saúde e Atenção Básica: estendendo o PETVig além dos seus objetivos.**

O projeto, ao direcionar a sua atuação para atender as especificidades de seus objetivos, poderia propiciar uma visão parcial do sistema da Vigilância em Saúde. Visando estender a experiência dos estudantes do PETVig à totalidade da vigilância, optou-se por realizar uma imersão em todos os setores da Superintendência de Vigilância em Saúde do município, para conhecer o processo de trabalho dos profissionais que ali atuam, reconhecendo a importância da vigilância no processo saúde-doença da comunidade. Para tanto, foram criados os

“Ciclos de Vivências em Vigilância em Saúde”, nos quais os estudantes frequentam a superintendência, em um turno semanal, acompanhando todas as atividades realizadas por todos os seus profissionais, supervisionados pelos preceptores do PE-TVig. O período total do ciclo é de 36 horas as quais o aluno deverá cumprir durante os dois anos do PET. Como, segundo avaliação dos preceptores, o serviço absorve três alunos a cada turno, foram estabelecidas escalas para os semestres letivos e períodos de férias (neste caso, de forma concentrada). A passagem pelo ciclo é complementar às atribuições que o aluno assume no seu grupo de trabalho em torno dos objetivos principais do programa.

Esta etapa está possibilitando o conhecimento sobre o funcionamento e as atribuições do serviço, a construção de diferentes saberes na instituição de ensino e no serviço, ampliando a integração entre os dois segmentos. O ciclo vem proporcionando o desenvolvimento de atividades de ensino de forma dialógica como seminários, debates, e discussões de temas como as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador), gestão do SUS, condições de saúde da população e sistemas de informação. Este Ciclo tem colocado os estudantes em contato com diferentes situações, tornando-os agentes ativos, estimulando a prática de resoluções de problemas, bem como os inserindo de forma precoce no exercício profissional. A partir das vivências neste ciclo, a equipe deverá produzir dois produtos: um artigo com a descrição da Vigilância em Saúde do município e outro com descrição da atuação do seu núcleo de formação na Vigilância em Saúde do município.

O Ciclo de Vivências da Atenção Básica em Saúde foi estruturado para a expansão, além do cenário da Vigilância em Saúde. Os estudantes realizam vivência em uma UBS onde

trabalha uma preceptora, proporcionando o conhecimento de competências e habilidades necessárias na Atenção Básica. Estas atividades são realizadas através do acompanhamento da prática dos profissionais que extrapolam o atendimento individual e interno na UBS. Assim, estabelece-se um contato direto com usuários e comunidade por meio de participação em atividades como Grupo de Caminhada Orientada, Grupo de Convivência de idosos e portadores de patologias específicas e em reuniões do Conselho Local de Saúde, entre outros. A passagem por este ciclo é priorizada para os estudantes dos cursos que não têm disciplinas curriculares com práticas nas UBS, ou as têm com carga-horária reduzida. Assim, este ciclo foi opcional para os alunos de Medicina e Enfermagem.

Esta experiência propiciou que ao mesmo tempo em que os alunos se relacionavam com colegas de outros cursos, proporcionou vivências em outros serviços de saúde locais e regionais e com outros profissionais de diversas atividades laborais. Assim, esta vivência contemplou a articulação de saberes de forma interprofissional e colaborativa. Embora o campo comum represente um espaço privilegiado de efetivação da interprofissionalidade, esta também influencia os espaços práticos das profissões, ou seja, os núcleos (HAMMICK, et al., 2007). Quando a equipe constrói a possibilidade de trocas, da ajuda mútua, ampliando a compreensão do processo saúde-doença e intervenção, a forma de atuação do profissional na sua área restrita também se modifica (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

## **8. Retorno social do PET Vigilância: devolução dos dados e entrega de produtos à comunidade**

As atividades e projetos desenvolvidos pelo PETVig vêm impactando na formação dos estudantes e na qualificação dos

professores e preceptores, estimulando o compromisso social da equipe e repercutindo indiretamente na população. Para tanto, o PETVig criou a Comissão de Controle Social, composta por três alunos, preceptor e tutor. Esta tem por função aproximar o PETVig do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e organizar material didático sobre o tema, para estudo na equipe. O CMS constitui uma das instâncias de excelência para o retorno social das ações desenvolvidas pelo grupo de trabalho. Visando informar a comunidade sobre as atividades do PETVig, os estudantes organizaram uma apresentação sobre as atividades que desenvolveram no primeiro semestre do programa, exibida em uma reunião ordinária do CMS. A seguir, a comissão organizará dinâmica para discussão sobre legislação do controle social e sua atuação.

A elaboração de cartilhas é outra meta da equipe. Nas atividades de Nivelamento Teórico do PETVig construídas para o levantamento e a discussão dos principais temas que envolvem a Vigilância em Saúde, os estudantes constataram que este assunto não faz parte dos conteúdos curriculares da maioria dos cursos de graduação. Por conseguinte, supôs-se que os professores destes cursos também não detêm boa parte deste conhecimento. Esta suposição, respaldada pelos relatos dos preceptores, estende-se aos profissionais dos serviços de saúde, que desconhecem informações sobre o tema e como este se relaciona e impacta diretamente com e na sua prática de trabalho, uma vez que são oriundos, na sua maioria, da mesma instituição de ensino.

Diante desta constatação foi decidido que a equipe agiria para suprir parte das lacunas do conhecimento mediante a elaboração de cartilha informativa, uma publicação resumida de conhecimentos essenciais sobre o tema Vigilância em Saúde. Os estudantes pesquisaram e organizaram os conte-

údos da publicação, além de construir uma apresentação de linguagem facilmente compreensível e com visual atrativo. O público-alvo da primeira cartilha constitui-se de profissionais de saúde e este instrumento está abordando o Planejamento em Saúde, contextualizando itens relativos aos Instrumentos de Gestão, ao Processo de Territorialização em Saúde e a Análise de Indicadores de Saúde. A segunda cartilha versará sobre Desastres em Saúde Pública, abordando eventos relacionados a incêndios e as consequências da inalação de fumaça tóxica e de outros danos como queimaduras, politraumatismos e estresse pós-traumático. Apresentará também as formas de agir da equipe de saúde diante de sobreviventes e outras vítimas indiretas.

## **9. Considerações finais e perspectivas**

A perspectiva do PETVig é promover a ampliação do entendimento das ações de Vigilância em Saúde. Isso poderá implicar mudanças na forma de pensar e agir dos futuros trabalhadores da saúde, uma vez que a organização das práticas ocorre dentro do SUS, no espaço onde eles interagem com a população e procuram atender as necessidades de saúde. O trabalho realizado em equipe tem como objetivo fundamental o compartilhamento de saberes durante a formação profissional, promovendo uma estreita relação entre teoria e prática, de forma contextualizada. Este projeto mostra-se como fator motivador da discussão e expressão livre das ideias entre os participantes, além de incentivar a reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

Destaca-se que o incentivo à educação interprofissional na área da saúde está sendo desenvolvido devido à estruturação dos PETSaúde no CCS da UFSM. Os grupos tutoriais compostos por discentes e profissionais de diferentes graduações vêm

possibilitando a quebra das barreiras de cada categoria profissional e permitindo a troca e o aprendizado mútuos, inclusive dos docentes, o que reforça a importância de cada profissional na construção da integralidade na atenção à saúde. Vivenciar a interprofissionalidade vem contribuindo de forma importante para o crescimento acadêmico e profissional do discente, e também dos professores, pois permite a compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença.

Percebeu-se que o campo comum de atuação dos profissionais, docentes e discentes da saúde incorpora muitos acúmulos teóricos e práticos da Saúde Coletiva, em especial o desenvolvimento de ações educativas e de vigilância à saúde. Há diversas ações comuns a várias profissões; algumas são complementares, outras estão restritas a núcleos profissionais que são compartilhadas neste formato pedagógico de articulação de saberes.

Outra contribuição importante deste projeto acontece no campo da pesquisa. O fato destas atividades estarem delineadas desde o início do programa e dos tutores envolvidos dominarem esse tipo de ação pode ter contribuído favoravelmente na formação acadêmica. Ao mesmo tempo, tem suprido uma necessidade teórica e de recursos humanos dos serviços ao estimular e tornar possível a análise de dados epidemiológicos do município, através da contribuição teórica da academia em metodologia de pesquisa, epidemiologia e estatística, em parceria com os preceptores.

Todavia, se faz necessário que os caminhos abertos pelo PETVig impactem no aprimoramento das ações de ensino e extensão de modo a favorecer de forma curricular e permanente uma formação ainda mais completa do discente. Como esperado, para um curto período de implantação, o programa

ainda não conseguiu impactar na reestruturação dos currículos dos cursos de graduação. Ressalta-se que um processo de mudança curricular só acontece diante das exigências do mercado de trabalho e demanda tempo. Assim, este só será efetivado se os futuros profissionais da saúde estiverem inseridos cada vez mais precocemente na prática, sendo o PETSaúde uma estratégia excepcional para isso.

Adicionalmente, tem-se a indisponibilidade de horário dentro da grade curricular dos discentes como fator limitante para o andamento no programa, dado que os bolsistas devem dedicar semanalmente oito horas às atividades presenciais e doze horas fora do serviço. Assim, é necessário discutir mudanças curriculares que permitam maior disponibilidade de horários dos discentes para desenvolverem atividades dessa natureza e/ou a inclusão das atividades de extensão como créditos curriculares.

Formar recursos humanos com perfil adequado às necessidades sociais é um grande desafio atual e implica em propiciar aos discentes a capacidade de trabalho em equipe, comunicação e agilidade frente às situações a que estão expostos, como aqui verificado. A inserção dos discentes da área de saúde na Vigilância em Saúde, por meio do PETVig, possibilitou a vivência em serviços cujo processo de trabalho é realizado de maneira interprofissional resultando em aprendizagem em novos cenários. Desse modo, esse estudante se diferenciará pela formação crítico-reflexiva e pela capacidade de aprender a aprender com a realidade em que se insere.

## Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R.H; SCAPIN, L.T; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da

colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação** (Campinas) vol.16 no.1 Sorocaba Mar. 2011 Avaliação (Sorocaba). 2011; 16: 165-182.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**. 2012; 2: 25-28.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Artigo 200, III e V.

BRASIL. Edital de convocação nº 28, de 22 de novembro de 2012. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde - 2013/2014. **Diário Oficial da União**, Nº 226, 23 de novembro de 2012, seção 3, p. 121.

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.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: CONASS; 2011. 120p.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Progestores**: Análise sobre situação atual dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde e propostas para adequação. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt\\_%20020\\_avaliaoao\\_sistemas\\_de\\_informacao\\_do\\_sus.pdf](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_%20020_avaliaoao_sistemas_de_informacao_do_sus.pdf)>. Acesso em 5 set 2014.

DE LUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. 2001; 1(2):5-15.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S; LOIOLA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Rev. Sau. Col.**, 2013, 23(2): 415-437.

FERREIRA, J.R; et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço. **Ver. Bras. Edu. Med**. 2012; 36 (1): 3-4.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu). 2007; 11(22): 239-5.

HAMMICK, M; et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide nº9. **Medical teacher**. 2007; 29(8), 735-751.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET/Saúde.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo 47. 2013; 4: 977-983.

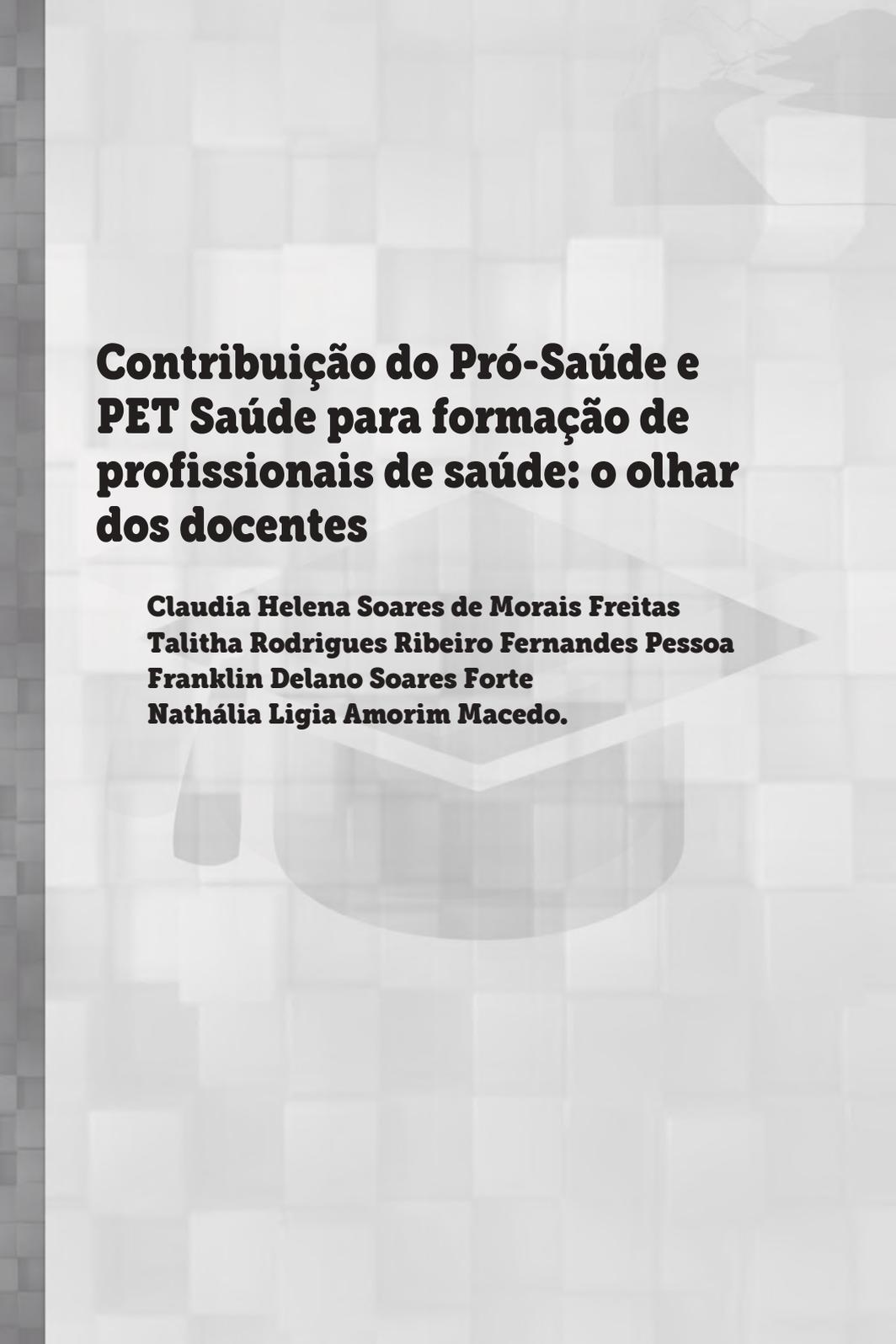
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Site Oficial da Prefeitura - **Secretaria de Município da Saúde**: postos de saúde. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em 5 set 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R; et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio. **Cien. Saude Colet**. 2013; 18 (1): 159-170.

SOUTO, T.S; BATISTA, S.H; BATISTA, N.A. A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, 2014; 34(1):32-45

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **UFSM**: relatório de gestão 2010-2013. Disponível em: <<http://site.ufsm.br/arquivos/uploaded/arquivos/c11de882-8287-4e5b-8a9f-026ec5e39070.pdf>>. Acesso em 5 set 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on inter-professional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.



# **Contribuição do Pró-Saúde e PET Saúde para formação de profissionais de saúde: o olhar dos docentes**

**Claudia Helena Soares de Moraes Freitas  
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa  
Franklin Delano Soares Forte  
Nathália Ligia Amorim Macedo.**

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional fundamenta o processo de formação na educação superior através do desenvolvimento de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; da flexibilização dos currículos; da implementação de Projetos Pedagógicos inovadores, numa perspectiva de mudança para a formação profissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1996). Destaca ainda entre as finalidades da educação superior o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual – os nacionais e regionais –, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. Estas prerrogativas foram reafirmadas com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2011).

Embora observados avanços após duas décadas da implantação do SUS, a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde ainda enfrentam dificuldades pela reflexão de que as práticas de atenção à saúde demonstram o distanciamento entre a formação profissional e as reais necessidades do sistema de saúde vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO EDUCAÇÃO, 2006).

A formação de profissionais de saúde tornou-se então um desafio e exigiu dos órgãos gestores e das instituições formadoras uma nova postura e redirecionamento dos projetos pedagógicos, dos currículos e dos campos de atividades dos cursos de nível superior em saúde.

Há muitas expectativas em relação à mudança do ensino superior em saúde e, para que isso aconteça, é interessante o incentivo à integração disciplinar, a tríade ensino-pesquisa-extensão, a interação entre estudantes em vários níveis de formação e a articulação do aprender com o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva (BATISTA; BATISTA, 2008).

Parcerias entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, resultaram em políticas de integração entre as instituições de ensino superior (IES) e os serviços de saúde com o intuito de proporcionar uma formação reorientada para as práticas de atenção, o processo de trabalho e a construção do conhecimento a partir das necessidades do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO EDUCAÇÃO, 2006), e conseqüentemente da população, fortalecendo a implantação das DCN.

Tais políticas se caracterizaram não apenas pela regulamentação dos cenários de prática pela formação de convênios entre as IES e os serviços, mas também pela implantação de programas ofertados pela parceria entre os ministérios da saúde e da educação como incentivo e apoio às mudanças nos cursos de graduação na área de saúde e implementação das DCN, 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, em suas várias ofertas desde o ano de 2008.

O Pró-Saúde e PET-Saúde tem como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Em 2012, a oferta dos programas foi inovada ao propor em um único edital a seleção de projetos Pró- Saúde e PET-Saúde de forma a articular suas ações, considerando o planejamento da saúde, segundo as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). Estas iniciativas têm o objetivo de estimular as mudanças curriculares; oportunizar processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS; bem como desenvolver pesquisas com base nas necessidades locais.

O Pró-Saúde visa buscar mecanismos para aproximação dos gestores do SUS e das Universidades para melhorar a resolubilidade da atenção ao cidadão e promover a educação permanente, sendo, portanto, justificada a aproximação com o PET-Saúde (FERRAZ, 2012). A integração ensino-serviço é uma importante vertente na reorientação da formação em saúde, uma vez que envolve o quadro docente das universidades, os trabalhadores da saúde, a reorganização curricular dos cursos de graduação e pós-graduação (GARCIA, 2001; CEC-CIM; FEUERWERKER, 2004).

Pela necessidade de mudança nas práticas em saúde que atendam às reais necessidades da população, “não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para tanto, indaga-se como as políticas públicas indutoras dos últimos anos tem estreitado esta relação no cotidiano da formação, quais são as estratégias para tal aproximação e quais são os resultados alcançados desta busca.

O objetivo do estudo foi analisar as contribuições do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) para a formação dos profissionais de saúde na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir da visão dos docentes.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de estudo exploratório, cujo método escolhido foi o estudo de caso com abordagem qualitativa. A proposta metodológica corresponde ao Estudo de Caso (YIN, 2005) definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto, sendo indicado em situações nas quais o pesquisador tem pou-

co controle sobre os acontecimentos e/ou trabalha sobre uma problemática contemporânea.

O estudo foi realizado na Universidade Federal da Paraíba, campus I, João Pessoa-PB, nos anos de 2012 e 2013, e participaram do estudo onze (11) cursos da área da saúde, integrantes do Programa de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e Programa de Educação Pelo Trabalho (PET-Saúde).

A Universidade Federal da Paraíba (UFPB) tem participado desde o início desses processos indutores. Em 2005, aprovou o Pró-Saúde nos três cursos: medicina, odontologia e Enfermagem, em 2008 o Pró-Saúde II envolvendo o curso de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição; em 2008, aprovou grupos no PET-Saúde da Família, em 2009 o grupo do PET-Vigilância em Saúde, em 2010 os grupos do PET-Saúde Mental; em 2012 a aprovação do Pró-PET Saúde, em 2013 o PET-Redes de atenção em Saúde e também o PET-Vigilância em Saúde.

Os cursos estão distribuídos em três Centros de Ensino: o Centro de Ciências da Saúde (CCS), que compreende os Cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional; o Centro de Ciências Médicas (CCM), que compreende o curso de Medicina; e o Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA), que compreende os cursos de Serviço Social e Psicologia.

A amostra foi intencional, sendo, inicialmente, incluídos todos os coordenadores de curso e dois informantes-chaves, representados por 2 docentes de cada curso, totalizando 33 participantes. Contudo, um coordenador de curso e 4 docentes recusaram-se a participar da pesquisa, resultando em 28 participantes.

Os critérios para a escolha dos informantes-chave foram: ter participado de comissão de elaboração do Projeto Pedagógico do Curso, ter sido coordenador na época de implantação do novo currículo após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais e docentes participantes dos Programas Pró e Pet-Saúde.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e a duração das entrevistas variou de 40 a 60 minutos.

As entrevistas foram transcritas, sistematizadas e categorizadas para compor um banco de dados para análise. As categorias de análise foram definidas previamente considerando os objetivos e eixos definidos na proposta do Pró-Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007) e do Pet-Saúde (BRASIL, 2011; 2008). As categorias de análise foram: Articulação dos programas com os currículos de graduação, Integração ensino-serviço e pesquisa e Trabalho em equipe multidisciplinar.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2009), buscando-se compreender os aspectos que compõem a categoria, considerando opiniões mantidas (recorrentes) e frequentemente expressas, bem como os dissensos e consensos presentes nas discussões.

Observando as questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o número CAAE: 02992012.0.0000.5188, seguindo todas as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados e discussão**

Participaram do estudo 28 docentes dos 11 cursos da área da saúde integrantes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional e do Programa de Educação pelo Trabalho (Pró-Saúde/PET Saúde), sendo 75% (21) dos respondentes do sexo feminino. A seguir serão apresentados os resultados considerando as categorias de análise.

### **Articulação dos programas com os currículos de graduação**

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.101 de novembro de 2005, promove uma aproximação estudante-docente-profissional do serviço para que a realidade socioeconômica e sanitária da população seja o centro do aprendizado (BRASIL, 2005).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 de agosto de 2008, trouxe incentivo à integração ensino-serviço-comunidade, à tríade ensino-pesquisa-extensão e à atuação conjunta de estudantes de diferentes cursos de graduação da área da saúde, tendo as demandas sociais como base para a condução das atividades (BRASIL, 2008).

Todos os cursos da saúde da instituição têm inserção nos programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. Contudo, os docentes destacam que ainda há um número limitado de docentes que se envolvem com tal atividade em razão do quadro de professores ser insuficiente em alguns cursos, além do desinteresse dos professores não vinculados às disciplinas da área de saúde

coletiva, limitando a participação de docentes em programas extracurriculares.

*O nosso departamento está muito limitado de carga horária, pois nós só temos, até agora, 15 professores para o curso todo funcionar, enquanto que outros departamentos do CCS têm de 30 a 40 professores, ou seja, o dobro. Então, ficou limitado nesse sentido de disponibilizar professores com carga horária e os professores não se sentem seguros por não dominarem a área. (E2)*

*Os professores do curso com certeza não se envolvem com as atividades dos programas.[...]. Eu diria que está localizado entre aqueles que pesquisam na área de serviço social em saúde. (E5)*

Além disso, alguns destacaram que a integração dos programas Pró e Pet-Saúde com os currículos dos cursos são mínimas e há poucos alunos envolvidos, e que falta preceptores e tutores de algumas áreas, sendo necessária uma ampliação desses programas.

*Não existe de fato uma articulação desses programas. Inclusive, tem-se uma grande dificuldade em encontrar preceptores para esses programas no serviço. Apenas três profissionais da nossa área se inscreveram como preceptoras, mas mesmo assim não foram selecionadas e dos alunos, cinco se inscreveram, mas só três estão participando. Mas mesmo assim não há essa relação com as disciplinas curriculares. (E16)*

O Pet-Saúde é um incentivo à formação permanente de professores e preceptores do programa, gerando um processo de crescimento profissional através da valorização do processo ensino-aprendizagem, da reflexão sobre a integração ensino-aprendizagem na Atenção Primária à Saúde, da importância das demandas da rede e da capacitação dos professores para a utilização de metodologias problematizadoras e de profissionais da rede para a preceptoria (CYRINO et al, 2012).

Os docentes que desenvolvem o papel de tutor PET-Saúde recebem uma bolsa de incentivo, assim como preceptores e alunos participantes do programa (BRASIL, 2008). Entretanto, observamos que há certo desconhecimento do funcionamento do Pet-Saúde por parte de alguns docentes, como destaca a fala a seguir:

*O professor não vai querer participar do Pet-Saúde, vai ser complicado demais. Ele não ganha com isso, não há remuneração em relação a isso, somente o trabalho. (E19)*

Já o Pró-Saúde gerou expectativas no fortalecimento do ideário de um ambiente favorável ao aprendizado e à formação profissional de qualidade, pensado pelos docentes e aceito pelos gestores municipais de saúde para uma melhor resolutividade e efetividade do SUS (SILVA et al, 2012).

Embora todos os onze cursos incluídos na pesquisa participassem do Pró Saúde nesta última edição articulada com o PET- Saúde, pudemos verificar que a maioria dos entrevistados não mencionou o Pró-Saúde nas suas falas, ou, quando este foi citado, caracterizou-se como um programa que objetiva apenas adquirir recursos materiais não estando diretamente ligado à formação do estudante.

*O PRÓ-SAÚDE ele não integra os estudantes de uma maneira geral, é um programa em que traz subsídios materiais, físicos, pra que a gente potencialize o aprendizado. Então, por exemplo, um laboratório de informática aí tem recurso, um laboratório de habilidades [...] tudo isso foi recurso do PRÓ-SAÚDE. Então o PRÓ-SAÚDE garante que a rede de serviços do SUS seja equipada, com equipamentos para que melhore a potencialidade do aprendizado. (E3)*

Este pouco reconhecimento do Pró-Saúde na instituição pode estar relacionado às dificuldades de operacionalização dos recursos financeiros, incluindo aí atrasos na transferência por parte do Ministério da Saúde e complexos processos burocráticos das instituições de ensino e serviço, o que provoca uma desarticulação entre as ações programadas para os diversos cursos e para as atividades do PET Saúde e o que efetivamente vem sendo realizado. Esta situação pode levar a um descrédito do programa por parte dos docentes da instituição, devido ao não cumprimento das estratégias elaboradas para incentivar e instrumentalizar as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde em nossa instituição.

As DCN para área da saúde orientam a presença de atividades complementares flexíveis durante todo o curso de graduação e a Instituição de Ensino Superior deve ter formas de aproveitamento dessas atividades (BRASIL, 2008).

O programa PET-Saúde é uma atividade extracurricular oferecida aos estudantes durante o período de sua graduação. Desta forma, é importante que haja uma integração das atividades ofertadas pelo programa com as atividades apresentadas no currículo do curso. Assim, constatou-se que a maioria dos cursos reconhece a inserção dos estudantes nos grupos PET, a

partir do aproveitamento da carga horária correspondente aos componentes flexíveis.

*A participação no programa Pet-Saúde e os trabalhos que se façam a partir dela, os estudantes aproveitam como componentes flexíveis, então a gente tem uma declaração, um relatório, para que a gente aproveite essas atividades. (E4)*

*Todas as atividades do Pet Saúde, dos estágios vinculados ou da inserção do aluno nos programas do próprio Pró –Saúde a gente faz um aproveitamento das atividades dos alunos como componentes flexíveis do curso. (E8)*

*O ideal seria que a gente tivesse como ampliar o Pet- Saúde pra que o estudante pudesse ter mais acesso, ter mais possibilidade de desenvolver essas outras atividades conjuntas com os outros alunos e com alunos de outros cursos. (E3)*

Ancorados nas DCN, os programas Pró-Saúde e Pet-Saúde trouxeram diversas contribuições para a formação do graduando da área da saúde, sendo inovadores para consolidação do SUS, pois oferecem potencial para transformação da realidade social e do SUS (LEITE, et al., 2012; FÔNSECA et al., 2014)

## **Integração ensino- serviço e pesquisa**

A integração ensino-serviço consiste no trabalho coletivo entre estudantes e professores de graduação em saúde e trabalhadores que estão nos serviços de saúde visando à qualidade da formação e aprimoramento dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008). Por outro lado, a formação de profissionais

de saúde com perfil adequado significa o aprender a aprender, aprender no trabalho em equipe, comunicar-se, refletir criticamente, bem como o cuidado com a formação ético-humanista (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Os entrevistados destacaram que o Pet-Saúde colaborou para fomentar a produção do conhecimento a partir da pesquisa em parceria com os serviços e atendendo as necessidades do trabalho em saúde. Além disso, ressaltaram a importância da socialização das experiências com todos os estudantes. É o que constatamos nos relatos a seguir.

*As atividades dos programas se integram com o currículo através de oficinas, de seminários, nas quais os alunos envolvidos no programa aplicam os assuntos assimilados nas disciplinas, nos laboratórios, nos projetos. Os alunos têm espaço para apresentar. [...] Nem todos os alunos tem essa oportunidade de terem essa participação mais efetiva, porém, todos colaboram de alguma forma. E esses que apresentam, mostram efetivamente aquilo que aprenderam. (E1)*

*Interagem com os outros alunos que não participam do PET, eu acho, através de relato de experiência. E, no fim de cada semestre, nós planejamos um Colóquio para que todas as práticas dos alunos que ocorrem nas diferentes disciplinas e cenários possam ser trazidas e apresentadas para todos. (E6)*

Em nossa instituição, os atores que participam dos programas Pró e Pet Saúde podem compartilhar as suas experiências com os colegas nas reuniões tutoriais, nas postagens na plataforma moodle e/ou através de apresentação de relatos de experiência em oficinas e seminários, proporcionando a par-

participação de todos os estudantes. Assim, compreende-se os serviços de saúde como um espaço privilegiado de ensinar e aprender, de produção de conhecimento e produção de cuidado. Todo esse movimento visa a ressignificação das práticas em saúde em benefício de sujeitos, famílias e comunidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em estudo para analisar a experiência Pet-Saúde na Faculdade de Medicina de Botucatu, Cyrino et al. (2012) destacaram que o maior impacto do Pet-Saúde foi o desenvolvimento do trabalho conjunto de ensino e pesquisa, fortalecendo a parceria da universidade com as Unidades de Saúde da Família, corroborando o nosso estudo.

A experiência do Pró-Saúde no Estado de Santa Catarina proporcionou o desenvolvimento de estratégias de estímulo à formação docente voltada para as necessidades do SUS e da Estratégia Saúde da Família, oferecendo aos profissionais, graduandos e docentes atividades que objetivam uma sólida articulação ensino-pesquisa segundo a interdisciplinaridade e os anseios dos territórios de atuação dos serviços (FERRAZ, 2012).

Por meio da participação nesses programas, o estudante conseguiu apresentar as demandas da população à instituição, direcionando processos de mudança no ensino e indicando necessidade de oferta de novas disciplinas. Do mesmo modo, foram gerados mais aprendizado e discussões em sala de aula sobre os serviços oferecidos nas redes de atenção à saúde, permitindo uma dinamicidade no processo de formação e deixando o aluno mais livre para conhecer o serviço da sua área e de outras profissões da saúde.

*De acordo com as dificuldades que eles estão trazendo do campo e da demanda de ação é que a gente está tendo a percepção do que a gente precisa mudar e o que é que a gente vai mudar. Então a contribuição que está trazendo é o direcionamento para nossas mudanças, o que é que a gente vai fazer para ajustar melhor a área de saúde coletiva e da rede pública de serviços dentro da nossa matriz. (E2)*

*Eu acho que possibilitou um ganho no sentido do aprendizado. É mais uma forma dos estudantes terem acesso às discussões, a questão da estruturação dos serviços, enfim. Eu acho que isso foi um ganho nesse sentido, mesmo considerando que é um número bem pequeno, nós estamos quase com 900 alunos – eu não tenho como precisar, mas, não é algo que tenha coberto uma grande quantidade de alunos. (E5)*

Como vantagens da articulação ensino-serviço, ressaltamos a possibilidade de aplicar os conhecimentos teóricos nas experiências práticas e aprender com o que está além da teoria, uma vez que a exposição teórica dos conteúdos e a vivência clínica na universidade não são suficientes para proporcionar um conhecimento da realidade do SUS (FÔNSECA et al., 2014). Acrescido da reflexão sobre o cotidiano dos serviços, no que se refere ao processo de trabalho, da inserção nas redes de atenção à saúde, tendo como base a problematização do cotidiano.

## **Trabalho em equipe multidisciplinar**

Para que o trabalho em equipe se concretize é preciso que os estudantes, docentes e profissionais da rede tenham disponibilidade para interagir, possibilidade de encontro para planeja-

rem suas ações e refletirem suas práticas. É preciso ter objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores envolvidos) e um plano de trabalho bem definido (PEDUZZI, 2001).

Por ser um programa que engloba estudantes de vários cursos de graduação, o Pet-Saúde gerou subsídio para o desenvolvimento de atividades multi e interdisciplinares, tornando o discente mais preparado para o trabalho em equipe.

*O Pet-Saúde é um programa que envolve diretamente o estudante na perspectiva multidisciplinar. Lá ele tem alunos de outros cursos, o que dá uma riqueza muito grande, porque um dos objetivos da formação é que ele também possa trabalhar na perspectiva multidisciplinar, porque ele trabalha em equipe, então ele tem que saber trabalhar em equipe e sem hierarquização. (E3)*

*Então, eu acredito que nessas práticas, os alunos têm, de fato, a chance de integrar o conhecimento, cada um conhecer a prática profissional do outro. Então, eu acho que é nesse momento que ocorre a possibilidade de se construir uma equipe multidisciplinar, um trabalho interdisciplinar, um trabalho integrado (E6).*

Pode-se constatar que, em alguns cursos, o PET Saúde se configura como oportunidade única de experiência e vivência multiprofissional.

*O projeto em que o aluno tem essa vivência multiprofissional e multidisciplinar é o PET, aí o aluno tem essas experiências com estudantes de outros cursos, em serviços de saúde diferentes, muitas vezes que o curso não oferece no campo de estágio. (E24)*

*Tem o PET que é multidisciplinar. Curricular, a única que tem, a mais, são as disciplinas da licenciatura que tem pessoas da educação que estudam com os alunos. (E28)*

Vários estudos (ALMEIDA, 2012; ASSEGA et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2012; SALES et al., 2011) também relataram a experiência do PET-Saúde como uma oportunidade inovadora do desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar e da interdisciplinaridade na formação em saúde, ressaltando nesta perspectiva: a possibilidade da formação acadêmico-profissional na linha da integralidade da atenção e do cuidado, a amplificação da percepção dos problemas, facilitando a sua equação e ampliação do leque de soluções, aumentando a resolutividade na atenção básica e a possibilidade do discente conhecer melhor a dinâmica de funcionamento do trabalho em equipe dos serviços de saúde pública, entendendo a interdependência positiva que existe entre os diferentes profissionais, bem como a aproximação com o contexto social, articulando os diversos saberes e a rede de atenção.

Ficou evidente nas falas o reconhecimento de que a formação para atuação em equipe multiprofissional é necessária e preconizada nas próprias DCN.

*Acho que vem se incorporando a interação com outros cursos, o profissional de saúde estar atuando numa equipe multiprofissional. Nas próprias diretrizes essa interação é dada como importante e deve ser implantada, o que precisa é ampliar essa filosofia, essa visão, e fazer com que mais pessoas, mais docentes se juntem a essa abordagem, a essa proposta (E7)*

Nesse contexto, Garcia et al. (2007) refletiram sobre a importância das iniciativas de mudança, mesmo que estas partam de um número restrito de pessoas, uma vez que o encontro construtivo não é garantido pela vivência de um cenário comum a todos e que a preocupação com a interdisciplinaridade está centrada em alguns docentes e profissionais.

Verificou-se ainda que a contribuição dos programas para a perspectiva do trabalho multidisciplinar não se restringe apenas às vivências, mas à construção do conhecimento e divulgação de novas práticas na perspectiva interdisciplinar.

*Vários alunos nossos estiveram envolvidos em capítulos de livro, alguns artigos foram publicados também, trabalhos apresentados em jornadas, eventos, seminários, então são indicadores importantes da inserção desse estudante nesse cenário multi e interdisciplinar, na produção coletiva desse conhecimento, que está sendo socializado dentro da própria rede do município, como também na publicação dessas informações em eventos nacionais e regionais. (E21)*

Segundo Saube et al. (2005), a interdisciplinaridade pode ser considerada um dos caminhos que possibilita aproximações de uma prática de Atenção Integral em Saúde, não podendo ser considerada apenas como uma abstração epistemológica, um objetivo a ser alcançado. “Ela se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades”. Os programas de incentivo à reorientação da formação profissional têm desenvolvido espaços e estratégias para a construção de uma multidisciplinaridade prática, com efeito na saúde das pessoas e na formação dos profissionais.

As atividades e ações dos grupos PET visam à integração ensino serviço e comunidade, bem como o aprender fazendo, o aprender pelo trabalho em saúde. Esse cenário de aprendizagem com base em uma orientação pedagógica e teórica coerentes com uma proposta emancipatória, dialógica, participativa a partir do trabalho em equipe, respeitando os espaços e os momentos de cada serviço, assim como a demanda de cada território, potencializam a formação, a reorganização do modelo de atenção à saúde, ressignifica os processos de trabalho em saúde para o enfrentamento das demandas de saúde de sujeitos, famílias e comunidades (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008; MORITA; HADDAD, 2008)

## **Considerações**

As Diretrizes Curriculares para a área da saúde promoveram uma série de mudanças nos onze cursos da área da saúde da UFPB, fazendo com que a Instituição, os alunos e os professores voltassem seu olhar para as demandas da população e valorizassem o SUS como um campo rico para a troca de aprendizagem e experiências.

As mudanças nos cursos impulsionaram mudanças também na gestão dos serviços, que passaram a se interessar em participar da formação dos profissionais, reconhecendo os benefícios da parceria escola-serviços.

A trajetória feita pela Universidade até o momento subsidia o desafio de organização coletiva em torno de propostas de mudança curricular contextualizada com a realidade, de reorganização da atenção em saúde com vista ao cuidado, da gestão de serviços de saúde em benefício de sujeitos, famílias e comunidade, e são eixos importantes de reorientação.

Os programas de reorientação da formação, Pró-Saúde e Pet-Saúde, despontam como dispositivos efetivos para integração ensino-serviço, para a formação interdisciplinar e para a produção científica envolvendo o SUS e a comunidade, gerando informações relevantes para possíveis transformações nos currículos dos cursos. Assim, é interessante que haja uma ampliação desses programas para que cada vez mais alunos, professores e preceptores tenham a oportunidade de vivenciar as experiências ímpares que eles proporcionam na atuação no SUS. É fundamental que haja uma maior divulgação, abertura e incentivo para o engajamento dos docentes nesses programas de reorientação da formação.

## 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.** 2008; 32(3): 356-362.

ALMEIDA, K.A. et al. Prática da interdisciplinaridade do PET Saúde com professores da escola pública. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** 2012; 25(1): 80-85.

ARAÚJO, M.E; ZILBOVICIUS C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.277-90.

ASSEGA, M.L. et al. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Rev. Cienc & Saúde.** 2010; 3(1): 29-33.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, Ed. Geográfica. 2009.

BATISTA, N.A; BATISTA S.H. Formação em saúde: investigando práticas no âmbito de cursos de graduação. **Interface.** 2008; 12 (27): 695-695.

BRASIL. Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 16 Dez 2011. Sec 3:268.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 Nov 2005. Sec 3: 62.

BRASIL. Portaria Interministerial nº1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet-Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 Ago 2008. Sec 1:27

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. **Physis**. 2004; 14(1):41-65.

CYRINO et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1): 92-101.

FERRAZ L. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1): 166-171.

FINKLER M; CAETANO J.C; RAMOS F.R.S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**. 2011; 15(39): 1053-1070.

FONSÊCA G.S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface**. 2014; 18(50):571-583.

GARCIA M.A.M. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2007; 31(2): 147-155.

GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface**. 2001; 5(8):89-100.

LEITE, M.T.S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1):111-118.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 Dez 1996.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução do CNE/CES. **Parecer nº 1.133, de 07 de agosto de 2001**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: 2006. 162p.

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, 2007. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

MORITA, M.C; HADDAD. A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais: interface da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.268-76.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. 2001; 35(1): 103-109.

SALES, K.N.A. et al. PET-Saúde: formando discentes multiplicadores - relato de experiência. **Revista da Abeno**. 2011; 11(2): 51-6.

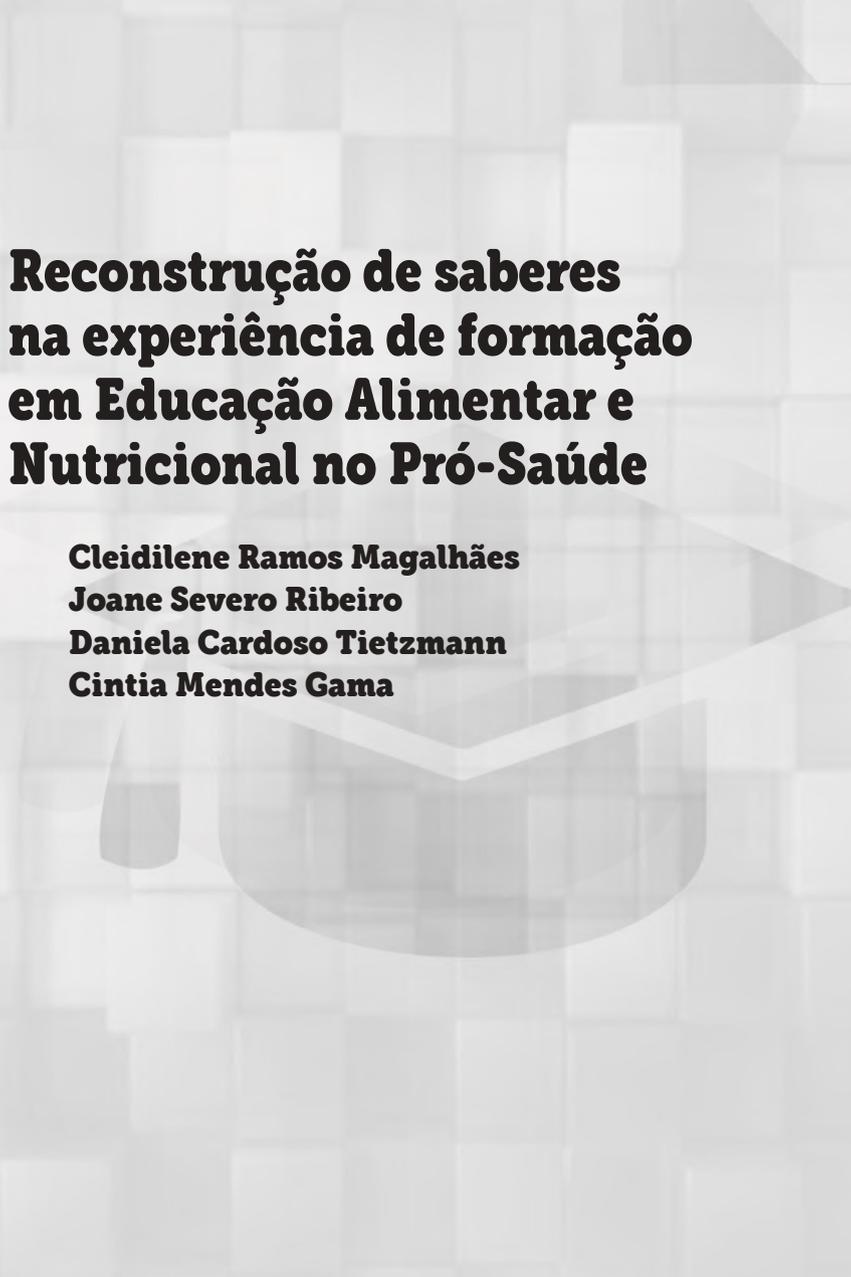
SAUPE R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**. 2005; 9(18): 521-36.

SILVA, M.A.M. et al. Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface**. 2012; 16(42): 707-17.

TEIXEIRA, S. et al. O PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: Promovendo Hábitos Saudáveis de Vida. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36 (1 Supl. 1): 183-186.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman; 2005.





# **Reconstrução de saberes na experiência de formação em Educação Alimentar e Nutricional no Pró-Saúde**

**Cleidilene Ramos Magalhães  
Joane Severo Ribeiro  
Daniela Cardoso Tietzmann  
Cintia Mendes Gama**

## A formação em saúde: debate atual e desafios

Os debates e as pesquisas sobre a formação profissional em saúde estão permeados pela preocupação central de formação de profissionais comprometidos socialmente (FREIRE, 1979), conectados e sintonizados com as demandas da prática profissional e necessidades da sociedade (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2011; CECCIM; FEUEWERKER, 2004). Nesse processo, o aluno em formação é considerado protagonista de sua formação, de quem é esperado o desenvolvimento de várias habilidades e competências de domínio em sua área de formação, com uma ampla compreensão do processo de saúde-doença como multifatorial; com habilidade e competência para o trabalho em equipe interprofissional; com inserção e atuação articulada nos diversos setores que contribuem para a promoção da saúde, bem como outras exigências que se fazem presentes no campo da formação e da pesquisa na área (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Rangel (2009) corrobora com esta ideia ao destacar que para qualificar o saber na formação de profissionais, assim como nos serviços de saúde, deve-se atentar para a inter-relação entre o saber acadêmico e o saber do senso comum e as reconstruções dela decorrentes. Sendo que esta reconstrução precisa decorrer na experiência, no cotidiano com os grupos sociais, com ênfase no compromisso da educação com a saúde, que precisa considerar o *humano* – condições de qualidade de vida; o *político* – conscientização sobre a saúde como direito; e o *didático* – ato educativo de ensinar e aprender estabelecido na relação entre professores e alunos e entre profissionais de saúde e usuários; implicados no processo.

Nesse sentido, a atenção dada pelos pesquisadores da área quanto ao binômio saúde-educação se apresenta crescente na assistência à saúde, assim como na discussão curricular dos cursos de nível superior na área da saúde (CECCON et al., 2011; PINAFO et al., 2011; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010; FERNANDES; BACKES, 2010; BRITO; DOMINGOS, 2009; PEKELMAN, 2008; BESEN et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007)

Esse binômio é apontado por Rodriguez; Kolling; Mesquita (2007) como uma articulação necessária que precisa resgatar a função de educador, há tempos renegada pela supervalorização da técnica e das ações curativas em saúde. Com esta articulação, as campanhas de promoção da saúde têm mais chances de êxito na busca pelo bem-estar pleno do cidadão, pois a educação e saúde são necessidades básicas a serem garantidas e devem convergir para um mesmo fim, o desenvolvimento pleno do ser humano suas potencialidades e bem estar (RANGEL, 2009).

Segundo Santos (2005), a instituição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) representa avanços na busca de uma nova direção para as políticas e atuação nesta área, principalmente, pela perspectiva da promoção das práticas alimentares e estilos de vidas saudáveis, com proposta de ações intersetoriais na saúde. Ainda assim, a autora alerta para a necessidade de se ter um olhar crítico sobre estas políticas e os documentos que as embasam, uma vez que neles são identificados conflitos conceituais que podem gerar ou fomentar distorções nas práticas neste campo. Ressalta também a importância do preparo pedagógico dos profissionais que atuam nesta área, com abordagens educativas apropriadas, e o desenvolvimento da consciência quanto ao seu papel de educador, que

transcende em muito o de mero disseminador de informação e conteúdos técnicos em alimentação e nutrição e de utilizador de tecnologias (não desconsiderando sua atualidade a utilidade como meio potencial para a construção dos conhecimentos), algo ainda muito presente nos documentos oficiais das políticas nesta área.

Particularmente da área de Nutrição, sobretudo tratando-se de Educação Alimentar e Nutricional, cabe uma análise pormenorizada da complexidade do comportamento humano. É o que faz Diez Garcia (2005), quando elucida um olhar sobre o comportamento alimentar como:

práticas alimentares observadas empiricamente (o que comemos, quanto, como, quando, na companhia de quem e onde), mas também os aspectos subjetivos que envolvem a alimentação. Tais aspectos são os socioculturais e os psicológicos que compreendem os alimentos e preparações apropriados para situações diversas; escolhas alimentares; comida desejada e apreciada; alimentos e preparações que gostaríamos de apreciar; a quantidade de comida que pensamos que comemos e outras situações (p.214).

Desta forma, pode-se afirmar que nesse processo é indispensável considerar as contribuições das Ciências Humanas e Sociais no planejamento de ações educativas. Para tal, as discussões sobre a inserção de disciplinas curriculares dessas áreas na formação do profissional da área da saúde vão desde a inserção propriamente dita de carga horária da área de conhecimento ao enfoque interdisciplinar na organização do currículo (SANTOS, 2005; ARNAIZ, 2005; CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Com base na compreensão apresentada acima, nas diretrizes curriculares para a formação em saúde e no intento de proporcionar aos alunos em formação uma fundamentação teórico-prática consistente e experiências de integração ensino-serviço, as autoras deste artigo propuseram a reestruturação da disciplina de Educação Alimentar e Nutricional, do curso de Nutrição, com base na *Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez*, proposta por Berbel (1995), e inserção na realidade social de uma comunidade inserida no distrito Docente Assistencial da Universidade e no Pró-Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

O processo iniciou-se desde 2009, com a integração de currículo ao PET- Saúde da Família. Em novembro de 2011, foi formalizado o Distrito Docente Assistencial da Universidade, localizado nas regiões Norte Eixo Baltazar (DDA-NEB) de Porto Alegre, território geográfico definido, que proporcionou a longitudinalidade e integralidade das atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão e uma maior sistematização do trabalho na disciplina e demais componentes curriculares dos cursos.

Portanto, com base na reflexão acerca do exercício das profissões da área da saúde cada vez mais tecnicista, especializada, fragmentada e curativa, em contraposição à sua essência humana, geral, preventiva e educativa de que necessita a sociedade (CORDEIRO, 2001), esse artigo tem como objetivo compartilhar uma experiência formativa no contexto da reorganização da formação em saúde, em uma IES brasileira inserida nos programas Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

A partir do contexto do Projeto Pró-Saúde, faz-se um recorte da experiência realizada na disciplina de Educação Alimentar e Nutricional, uma disciplina de base pedagógica na atuação do nutricionista, inserida no projeto desde o ano de 2012. Os dados foram coletados no referido ano e analisados qualitativamente, por meio da análise temática, proposta por Minayo (2013). A análise temática consiste em três etapas: a pré – análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e inferência/interpretação. As percepções e concepções dos alunos foram analisadas e agrupadas conforme a expressão de seus significados no contexto do estudo e temática em questão. A interpretação dos resultados e inferências sobre a experiência são apresentados a seguir.

### **A proposta formativa: experiência vivida com alunos de Nutrição**

Entende-se que o diferencial na oferta de atividades didáticas envolvendo a formação em saúde inicia com o planejamento pedagógico do currículo e, no caso em questão, no planejamento da disciplina: no estabelecimento de objetivos que contemplem a apropriação da fundamentação teórico-prática e a atuação do nutricionista como educador nos diferentes contextos, com diferentes populações, embasado na *Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez* (BERBEL, 1995), com vistas à intervenção na realidade social das comunidades/instituições envolvidas.

Estabelecidos os objetivos de ensino e tendo o conteúdo próprio da EAN como pressuposto, partiu-se para a busca dos cenários de prática e formação dos alunos: inicialmente em escolas, asilos, agremiações, associações e outros e, desde 2012, com o Pró-saúde inserido no DDA-NEB, as atividades

têm sido desenvolvidas exclusivamente no contexto da escola, valorizando a continuidade das ações e conhecimento do território, onde os alunos possam experimentar e exercitar o planejamento, a execução e a avaliação (todas as etapas do planejamento didático) de ações educativas em saúde em situação prática (orientada e supervisionada pelas professoras responsáveis pela disciplina).

Tomou-se como ponto de partida o diagnóstico da turma (alunos do 3º ano do curso de nutrição): no início da disciplina de EAN foi feito o levantamento das concepções de educação e de educação alimentar e nutricional entre os estudantes, com o intuito de partir destas concepções para o desenvolvimento de proposta da disciplina, colocando em questão e problematizando as concepções dos alunos com vistas a construção de uma prática profissional mais condizente com os pressupostos de uma educação em saúde conscientizadora e comprometida com a mudança e melhoria da qualidade de vida da população atendida (contemplada nos objetivos da disciplina).

O levantamento das concepções dos estudantes de Nutrição sempre foi feito no início da disciplina e, de forma recorrente, com pequenas variações, os alunos (algo próximo dos 50%) iniciam a disciplina com o entendimento que a educação é a **“transmissão de informações, conhecimentos, atitudes, valores sobre o que é certo ou errado..., geralmente por alguém que sabe mais para alguém que sabe menos ou é menos experiente”** (sic), concepções fortemente pautadas em aspectos técnicos, biomédicos, e assistenciais, da conduta “certo e errado”, sem considerar, a princípio, outros aspectos do processo educativo em saúde como algo essencial e necessário na prática do profissional e na humanização dos serviços

de saúde. A disciplina se propõe justamente a desconstruir estas concepções e possibilitar aos alunos uma formação e experimentação prática de situações em que são confrontadas as suas concepções prévias com a fundamentação teórico-prática e inserção na realidade social concreta.

Cabe destacar que se parte destas concepções para estabelecer a interlocução com os alunos e subsidiar a comunicação e a interação destes com os diferentes públicos: crianças e adolescentes, adultos e idosos, em diferentes cenários da prática em saúde, embora nos últimos anos se tenha privilegiado o espaço da escola como *locus* dessa interação/comunicação em consonância com projeto do Pró-Saúde, eixo Saúde do Escolar.

A proposta da disciplina contempla a fundamentação teórico-prática em temáticas como o processo educativo em saúde; os modelos pedagógicos; planejamento didático adequado a diferentes níveis e dimensões do processo educativo em saúde; os diferentes componentes do planejamento didático; o planejamento, a execução e a avaliação de um projeto educativo em comunidade/instituição/grupo social.

No contexto da fundamentação teórico-prática apresentada e problematizada em sala de aula, os alunos foram orientados para o trabalho em grupo que contempla a análise de diferentes materiais didáticos e mídias (impresas, digitais ou eletrônicas); a realização de dinâmicas de grupo; de oficinas de planejamento didático de cunho vivencial e preparatório para a inserção na realidade social.

Toda a atividade prática da disciplina no DDA-NEB foi realizada em 7 (sete) de um total de 20 semanas do período letivo. As atividades tiveram ocorrência quinzenal, intercalada com um encontro semanal para reflexão/encaminhamentos so-

bre as atividades realizadas e para o planejamento da execução da atividade de intervenção na prática.

As atividades práticas (na IES e no DDA-NEB) compreenderam 51% (46 horas, sendo destas, 28 horas – 31%, de prática direto na comunidade) da carga horária total da disciplina (90 horas). Ao considerar a importância da formação em Educação em Saúde do nutricionista, a proposta do curso contempla a regência compartilhada da disciplina de Educação Alimentar e Nutricional por uma Nutricionista e uma Pedagoga.

A reflexão das autoras soma-se à discussão feita nos tempos atuais sobre a importância da formação profissional em saúde se inserir em cenários da prática, campo da realidade social concreta (MARINS, 2004). Um desafio para professores e alunos em formação, mas oportunidade ímpar para ambos se relacionarem com contextos, pessoas e realidades diversas, em uma relação teoria-prática, em que o conhecimento técnico, muitas vezes, se revela insuficiente para lidar com situações vivenciadas em campo, mas se converte em um espaço profícuo para aprendizados e construções necessárias para a formação de profissionais de saúde críticos, criativos e, sobretudo, comprometidos com o seu papel social (ALMEIDA-FILHO, 2011), inseridos na realidade do SUS (CECCIM; FEUEWERKER, 2004).

Neste sentido, autores como Berbel (1995; 2011), Bordenave e Pereira (2004) e Freire (2011) fundamentam teoricamente esta experiência, sobretudo quanto aos pressupostos para se repensar o ensino superior na perspectiva de uma proposta educativa fundada no protagonismo do aluno, no desenvolvimento da autonomia e da consciência crítica na formação profissional em saúde. A inserção no cenário de prática repre-

senta um passo crucial no desenvolvimento potencial destes processos nos alunos.

Na experiência em questão, a inserção na prática se deu conforme os passos da *Metodologia da Problematização com o Arco de Magueres* (BERBEL, 1995), com adaptações ao contexto da disciplina e circunstâncias de desenvolvimento das atividades de estudo/intervenção, algo condizente com a própria metodologia da problematização, como ressalta Berbel (2011).

No caso em questão, esta metodologia foi explicitada nos seguintes passos: diagnóstico da comunidade para levantamento de demandas/problemas de interesse da comunidade; teorização/fundamentação teórica que contemplasse a demanda levantada; planejamento didático que contemplava a explicitação de objetivos educacionais focados na solução do(s) problema(s) levantado(s) e a experimentação/vivência das atividades educativas a serem desenvolvidas; por fim, a execução e a avaliação da intervenção educativa no contexto da prática social em questão, contando com a participação da comunidade na avaliação das atividades desenvolvidas e com um retorno formal para as coordenações locais (chefias, direções, coordenações) ao término da ação educativa.

Após a vivência prática do planejamento, execução e avaliação do projeto educativo dos diferentes grupos (com diferentes públicos e faixas etárias), os alunos compartilharam a experiência vivida com os demais colegas, apresentando de forma oral e escrita (entrega de relatório documental) o projeto educativo desenvolvido.

As apresentações orais dos projetos representaram momentos de trocas, interações e comunicações muito ricos,

quando os alunos apresentaram todo o percurso da ação educativa: a realidade tal como ela é; as aprendizagens construídas no caminho; as conquistas e os desafios a serem superados. Momentos promissores de discussão e avaliação das possibilidades e limites na construção do processo de comunicação com a comunidade e da necessária integração universidade/serviço/comunidade.

Uma devolutiva do trabalho realizado também foi compartilhada com a escola: professores, coordenação pedagógica e direção. Esta devolutiva é considerada crucial para a continuidade do processo de inserção no cenário de prática a cada ano subsequente.

### **Das concepções dos alunos às lições aprendidas**

O processo vivenciado com os alunos pode ser melhor explicitado no Quadro 1(abaixo), que retrata as concepções destes antes e após a disciplina de EAN. Os dados são da turma de 2012: de um total de 25 alunos, 19 (76%) escreveram suas concepções antes (no primeiro dia) e após (no último dia) a disciplina. As “perdas” de sujeitos devem-se ao fato de que nem todos os alunos estavam em aula no primeiro e/ou no último dia da disciplina, devido a ausências habituais e a evento acadêmico na área que coincidiu com a finalização das atividades na disciplina.

Quadro 1: concepções de “educação” e “educação alimentar e nutricional” dos alunos de Nutrição antes e após a oferta da disciplina de EAN.

	<b>Ideia Central: Educação</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Concepções Pré</b>	Passar/Transmitir conhecimento Unilateral, Processo Vertical	“O conceito de educação refere-se ao ato de transmitir algum conhecimento, de forma que o alvo aproprie-se e pratique aquele conhecimento.”
		“Termo que caracteriza o ato de transmitir novas informações a um público leigo, através de técnicas e conhecimento previamente estabelecidos pela pessoa que educa.”
	Processo, Construção do conhecimento, Bilateral, Processo conjunto	“A educação permeia os processos da vida do indivíduo, fazendo com que haja crescimento intelectual e pessoal, tornando o indivíduo um ser capaz de debater suas opiniões...”
		“É o ato de orientar, sinalizar, indicar preceitos que venham a colaborar para o crescimento do indivíduo para a formação do saber”
<b>Concepções Pós</b>	Passar/Transmitir conhecimento Unilateral, Processo Vertical	“Educação é o ato de passar um conhecimento, e esta passagem de conhecimento pode ser feita de várias maneiras. Pode ser observando atos, por ensinamentos ou informais.”
		“É, através do conhecimento e práticas prévios, habilitar a pessoa a repetir conhecimento. É também estudar técnicas e conceitos importantes para essa transmissão de conhecimento.”
	Processo, Construção do conhecimento, Bilateral, Processo conjunto	“Construção de conhecimentos relacionados a fatores diversos, em que o objetivo principal é criar autonomia nas pessoas a fim de que elas possam tomar suas próprias decisões.”
		“Educação é uma via de mão dupla na qual indivíduos trocam informações contribuindo para o crescimento próprio e do próximo, é sinalizar o caminho para o aprendizado no qual cabe ao aprendiz decidir o caminho que irá trilhar.”

	<b>Ideia Central: EAN</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Concepções Pré</b>	Educação como processo vertical, de passar e transmitir conhecimento	“A EAN significa transmitir os conhecimentos sobre nutrição de forma compreensível ao público e compatível com a realidade dele.”
		“Educação alimentar envolve o processo de transmitir ao paciente e/ou cliente uma nova perspectiva sobre como entender o processo de alimentação e as variáveis individuais.”
	Educação como processo de construção do conhecimento	<p>“Metodologia destinada a orientar os indivíduos na construção de uma prática alimentar saudável, tornando o indivíduo consciente para escolhas nutricionais saudáveis.”</p> <p>“É tornar o público e o indivíduo aptos a tomar decisões e ter um pensamento crítico no âmbito da alimentação e saúde.”</p>
<b>Concepções Pós</b>	Educação como processo vertical, de passar e transmitir conhecimento	“Educação alimentar ensina ao indivíduo ou população a ter um comportamento adequado em relação a sua alimentação e saúde, de acordo com sua realidade e necessidades. Promovendo, dessa forma, seu bem estar e qualidade de vida.”
		“É quando conseguimos passar os conhecimentos de forma simples e fácil sobre assuntos relacionados a educação e termos nutricionais, com o intuito de modificar práticas...”
	Educação como processo de construção do conhecimento	<p>“EAN é o ato de trocar experiências ouvindo e contribuindo para escolhas de vida mais saudável respeitando o indivíduo de acordo com suas características sociais, crenças, e preferências; de forma a somar em sua vida sem impor nosso saber.”</p> <p>“É a construção de conhecimento que relaciona conceitos da educação como ciência com as esferas biológicas e simbólicas dos hábitos alimentares.”</p>

Pode-se observar que a grande maioria dos alunos respondentes (75%) iniciaram a disciplina com a concepção geral de que a educação é “passar e transmitir conhecimento, de forma unilateral, sendo um processo vertical”(sic), e apenas 25% apresentaram a concepção de educação como um processo, que é feito através da construção do conhecimento, de forma bilateral e processual.

A grande maioria das respostas apresentavam mais de uma ideia na sua escrita. Acima foi mencionado o foco central das concepções.

Após as atividades teórico-práticas da disciplina, notou-se uma mudança significativa nas concepções de educação dos alunos, visto que a grande maioria (80%) das concepções ficaram centradas na ideia de educação como um processo de construção do conhecimento, de forma bilateral e conjunta. E apenas 20% referiram a educação como um ato de passar e/ou transmitir conhecimento, de forma unilateral e vertical.

As concepções de **educação alimentar e nutricional** foram mais homogêneas ao início da disciplina, tendo 50% dos alunos a ideia de que é um processo vertical em que o nutricionista passa/transfere seu conhecimento para o outro, e o restante com a concepção de que era um processo conjunto, construído com o outro.

As ideias pontuais que apareceram nas escritas foram bem diversificadas, mas a que mais apareceu foi a de passar/transmitir conhecimento para os clientes, com 10 ocorrências.

No final do semestre notou-se uma mudança muito significativa nas concepções dos alunos: 80% da turma descreveu a EAN como sendo um processo conjunto, bilateral de construção do conhecimento, e apenas 20% manteve-se na concepção de que EAN é um processo vertical, no qual se transmitia/passava o conhecimento para outro.

E as ideias pontuais ficaram centradas na concepção de que EAN é uma construção de conhecimentos relacionados à melhoria da qualidade de vida (5 ocorrências), é uma forma de capacitar e/ou orientar o aprendiz para escolhas saudáveis (4 ocorrências), é um meio de criar autonomia nas pessoas para hábitos alimentares (3 ocorrências), é o ato de trocar experiências ouvindo e contribuindo para escolhas saudáveis (3 ocorrências), é um processo que ocorre ao longo da vida e que se inicia na infância (2 ocorrências), uma forma de auxiliar nas escolhas alimentares (2 ocorrências), é um aprendizado focado em saúde, qualidade de vida e hábitos alimentares (2 ocorrências), uso de técnicas específicas para mudar ou desmistificar as pessoas em relação a alimentação (2 ocorrências), é uma forma de conscientizar as pessoas (2 ocorrências).

Observou-se grande diversidade de concepções acerca do tema educação e educação alimentar e nutricional, de modo que, mesmo em um pequeno período de vivência e construção de novos conceitos, teve-se uma mudança considerável nas concepções dos alunos.

Inicialmente observou-se que a grande maioria dos alunos focava na concepção de que a educação é “passar e transmitir conhecimento, de forma unilateral, sendo um processo vertical”, o que vai ao encontro da concepção de *educação bancária*, sugerida por autores como Bordenave e Pereira (2004), Freire (2006), autores utilizados como fundamentação teórica da disciplina. Mas ocorreu uma mudança de concepções ao longo do semestre letivo, quando os alunos passaram a perceber a educação como um processo de construção do conhecimento, bilateral e conjunta, o que vai ao encontro da concepção de educação dialógica ou libertadora, em oposição à educação bancária, unilateral e vertical, como o caminho para

a formação da consciência crítica (FREIRE, 2006; BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

Amatuzzi (1989) destaca que na educação bancária, unilateral e vertical o educador põe as suas próprias palavras na boca do educando, produzindo nele um falar alienado, sendo o oposto da educação dialógica e problematizadora, a qual visa o emergir da palavra própria do educando.

Na experiência em questão, no decorrer das atividades, a discussão com os estudantes foi pautada no entendimento sobre a proposta de serem protagonistas da sua formação e agentes de promoção de hábitos alimentares saudáveis (SANTOS, 2005), portanto, no empoderamento do indivíduo/coletividade para as suas escolhas. Ou seja, a responsabilidade de intervir e impactar no cotidiano das pessoas através do processo educativo dialógico e emancipador (SANTOS, 2005; MARINS, 2004).

Entende-se que as mudanças de concepções dos alunos ocorreram após o desenvolvimento das atividades teóricas e da vivência prática do planejamento das atividades educacionais de nutrição no contexto da escola, de terem se comprometido e realizado ações em que concepções, crenças e valores foram colocados à prova, desconstruídos e reconstruídos no processo de deixar-se “molhar”, “ensopar” no engajamento nas águas da realidade concreta e na sua apreensão. Algo semelhante ao que defende Freire (1979, 2011).

Em relação às concepções de EAN, os alunos apresentaram a ideia desta como uma ferramenta de trabalho e uma forma de orientar o indivíduo a fazer escolhas conscientes e saudáveis, pois tal processo só é possível quando se faz a detecção do mundo alimentar do sujeito e suas condições socioambientais, psicológicas e culturais, afim de que se possa fazer

uma compreensão do outro e com ele dialogar (FREIRE, 2011, 1979; SANTOS, 2005; DIEZ GARCIA, 2005).

Portanto, ressalta-se que não é possível pensar uma educação alimentar e nutricional desvinculada de um íntimo encontro entre sujeitos, instaurado através do diálogo, do ouvir o outro para poder falar com ele (FREIRE, 2011; SANTOS, 2005; AMATUZZI, 1989).

Uma das concepções finais sobre EAN coloca que esta “é uma forma de capacitar e/ou orientar o aprendiz para escolhas saudáveis” (sic), o que vai ao encontro do que Freire (2011) defende sobre o fato de que para ensinar é preciso a convicção de que a “mudança é possível” e que o processo de educação é uma forma de “intervenção no mundo”. No caso, a Educação Alimentar e Nutricional é vista como uma forma de intervir na alimentação, entendendo-a como representação de fatores psicológicos e culturais, a alimentação compreendida como um universo de significados, de modo que, nela, o homem expressa-se psicológica e culturalmente (DIEZ GARCIA, 2005).

A Educação Nutricional não é uma ferramenta mágica para levar o educando a “obedecer a dieta”; pelo contrário, ela deve ser conscientizadora e libertadora, por isso deve buscar justamente o oposto: a autonomia e a conscientização do educando (FREIRE, 2011). A mudança geral de concepção dos alunos está em plena sintonia com esta defesa.

Além da avaliação das atividades realizadas nas apresentações dos grupos no coletivo, pelos pares e pelas professoras, bem como a auto-avaliação pelo próprio grupo, no final da disciplina foi dedicado um momento de avaliação final numa perspectiva reflexiva (por escrito) das aprendizagens e principais desafios encontrados na prática integrativa com a comunidade e nas demais atividades práticas da disciplina. As respos-

tas foram agrupadas em função do sentido/significado, contemplando um ou mais aspectos referidos como necessários na ação educativa desenvolvidas: observou-se que 71,43% das respostas remetem ao principal aprendizado como o “saber ouvir, entender e respeitar o outro e o tempo do outro”. Também cerca de 31,71% referem que o processo de ensinar o outro não é algo simples e sim complexo e que não se faz sozinho; em 28,57% mencionam que o processo de educação necessita de planejamento para que seja efetivo; e 21,43% reconhecem a necessidade de um trabalho continuado para que as ações educativas sejam mais efetivas, uma vez que intervenções isoladas são frágeis e não se consegue estabelecer vínculo com a comunidade.

Os principais desafios apontados na avaliação dos alunos foram: para 57,14%, o grande desafio nas atividades práticas da disciplina foi criar estratégias e ter criatividade para manter o interesse e a atenção das crianças; para 31,71%, o desafio foi conseguir saber conciliar o manejo das crianças e o gerenciamento da execução das atividades; e para 28,57%, saber lidar com os conflitos e situações imprevistas no cotidiano da escola, fazer adaptações que escapavam ao planejado e lidar com as individualidades, as “bagagens” de cada um foi o mais desafiador. Sendo que esses desafios permitiram aos estudantes desenvolver habilidades e atitudes diante de problemas concretos da realidade, exercendo influência sobre a sua postura profissional. Desta forma, pode-se dizer que houve uma ampliação da visão da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos sociais (MARINS, 2004).

Estes dados corroboram resultados de experiências do PET-Saúde de outras duas universidades do sul do país, que indicam ampliação da visão dos alunos sobre a profissão e

a possibilidade da formação de trabalhadores mais flexíveis, efetivos na aplicação da tecnologia para a solução dos problemas, tendo uma visão crítica capaz de questionar os limites impostos pelo Estado e pela sociedade à plena realização da vida (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Ressalta-se que a formação não pode ser fragmentada, a pesquisa e a prática profissional precisam ter fundamentação teórico-metodológica, e para trabalhar com educação em saúde é fundamental embasar-se nas teorias pedagógicas e no contexto real dos cenários da atuação profissional (SANTOS, 2005; MARINS, 2004).

Sobretudo no contexto das escolas este desafio se faz mais presente: nem sempre a abertura da direção da escola é acompanhada da adesão dos professores; os processos de comunicação interna da escola também são cruciais para que o trabalho educativo e a proposta formativa funcionem a contento.

Ao longo dos anos as autoras circularam por diferentes escolas: próximas e distantes da universidade; municipais e estaduais; de diferentes níveis de ensino. Em todas elas o desafio do trabalho continuado se fez presente. Algo que se está sendo equalizado com a criação do Distrito Docente Assistencial (DDA-NEB). A experiência aqui relatada pode ser considerada exitosa e grande parte deste êxito pode ser creditado ao cenário que se criou com o Pró-Saúde e a inserção das atividades de disciplinas como a de Educação Alimentar e Nutricional no DDA-NEB, tornando possível a integração ensino-serviço e a parceria universidade – comunidade.

### **Considerações sem ponto final...**

Para finalizar, pode-se destacar que a experiência desenvolvida com os alunos de Nutrição agregou muito no processo de repensar a formação e a construção do currículo na área da

saúde, com avanços significativos para a formação nesta área. As professoras e os alunos sempre foram desafiados nas inserções na comunidade, muitas aprendizagens foram possíveis, muitas contribuições efetivadas, mas cabe destacar que o principal desafio posto foi a necessidade e importância do trabalho continuado na comunidade. A implantação da *Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez* (BERBEL, 1995) mobilizou a reflexão sobre a importância da inserção e intervenção na realidade e do dimensionamento da carga horária total no momento da construção do currículo, justamente para garantir o processo de aprendizado teórico-prático e reflexivo por parte dos alunos e docentes. A experiência comprova e reforça a defesa de que as 90 horas despendidas para a disciplina são um avanço e não uma limitação, como encontrado em alguns cursos, conforme Franco e Boog (2007), em que são destinadas apenas 12 horas para disciplina de EAN.

Considera-se que a experiência formativa com os alunos de Nutrição, aqui relatada, representa um grande passo no processo de transposição dos muros da universidade, de inserção dos alunos na realidade social, ampliando e enriquecendo visões e atuações em saúde mais efetivas, bem como a proposição de currículos e processos formativos em saúde adequados às demandas e às inovações pedagógicas necessárias neste campo.

Os desafios encontrados são parte do processo e serão superados à medida que universidade, serviços e comunidade trabalharem de forma conjunta e sintonizada com os pressupostos da formação em saúde para o SUS. Desafios que dão a tônica do que precisa ser mudado e das limitações que precisam ser desconstruídas e reconstruídas em conjunto. A construção conjunta e a continuidade das intervenções e processos educativos desenvolvidos a partir da integração ensino-serviços-comunidade são peças-chaves neste processo.

## Referências

ALBUQUERQUE, G.S.C. et al. Educação pelo Trabalho para a formação do médico. **Trab Edu Saúde**. 2013; 11(2): 411-30.

ALMEIDA-FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil** [Internet]. Online publicado em 09 de maio de 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em 10 Set 2014.

AMATUZZI, M.M. **O resgate da fala autêntica**. Campinas: Papyrus; 1989.

ARNAIZ, M.G. Aplicações da Antropologia à Alimentação: algumas propostas. In: CANESQUI, A.M.; DIEZ GARCIA, R.W. (Orgs). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005. p. 287-302.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BERBEL, N.A.N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 2, ed. esp., p. 9-19, out. 1995.

BESEN, C.B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. 2007; 16 (1): 57-68.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 25ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

BRITO, S.M.O.; DOMINGOS, S.M. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009; 30 (4): 669-76.

CANESQUI, A.M.; DIEZ GARCIA, R.W. A Antropologia aplicada às diferentes áreas da Nutrição. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, (Orgs). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005. p. 275-86.

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**. 2011; 1:19-27.

CECCIM, R.B.; FEUEWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20 (5): 1400-10.

CECCON, R.F. et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** 2011; 32 (1): 56-62.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2001; 6 (2): p. 319-28.

DIEZ GARCIA, R.W. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, (Orgs). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: FioCruz; 2005. p. 211-26.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade.** 2013; 22 (1) 187-98.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras Enferm.** 2010; 63 (4): 567-73.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm.** 2010; 63 (1): 117-21.

FRANCO, A.C., BOOG, M.C.F. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. **Rev. Nutr.** 2007; 20 (6): 643-55.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 43ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.

MARINS, J.J.N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N. et al, (Orgs). **Educação Médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec; 2004. p. 97-108.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Programa Nacional de Reo-**

**rientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. 1ª ed. Brasília, DF: DEGES; 2007.

PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Rev APS.** 2008; 11( 3): 295-302.

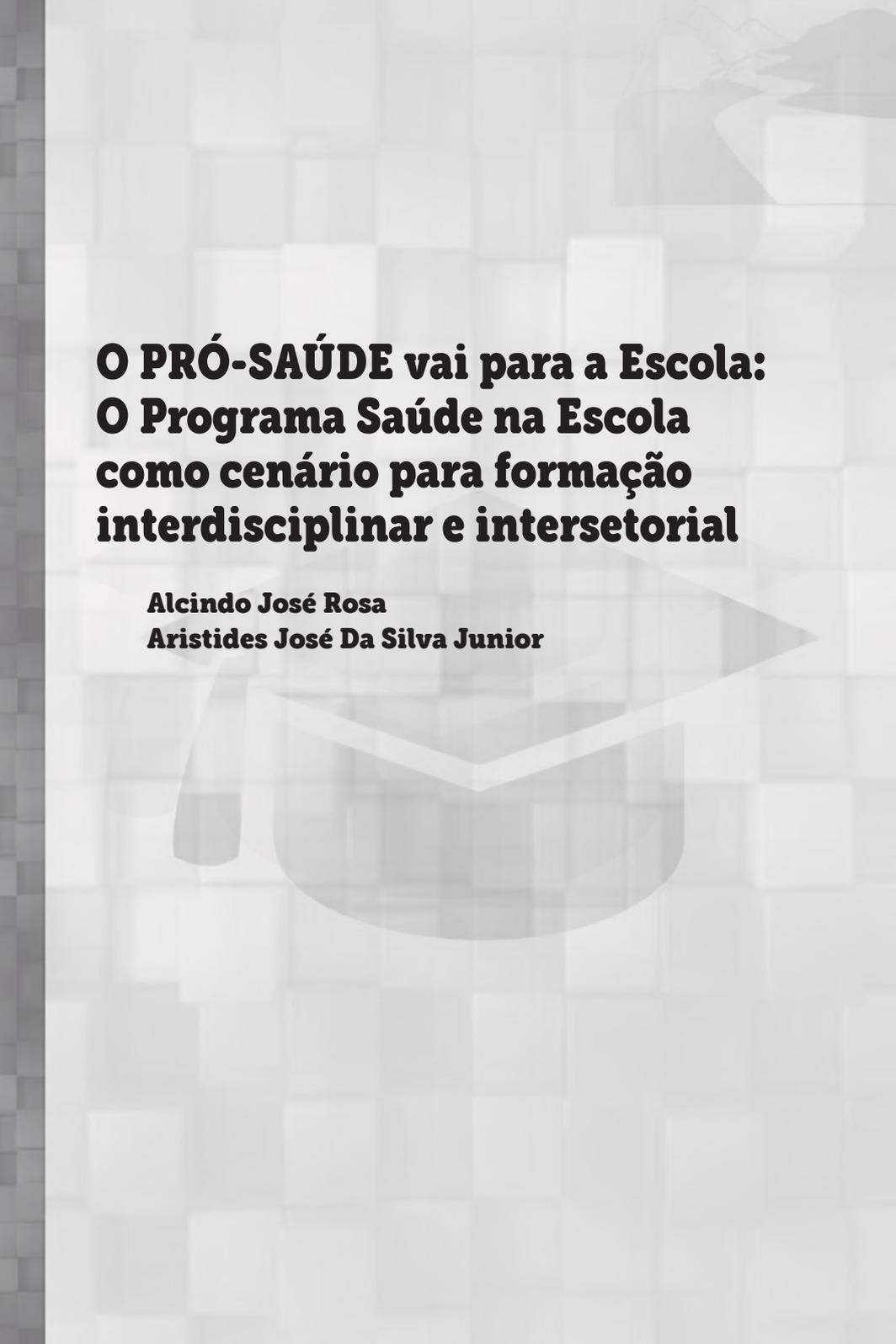
PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab Educ Saúde.** 2011; 9 (2): 201-21.

RANGEL, M. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. **Educação.** 2009; 32 (1): 59-64.

RODRIGUEZ, C.A.; KOLLING, M.G.; MESQUITA, P. Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev. Bras Educ Med.** 2007; 31 (1): 60-66.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.** 2005; 18(5): 681-692.





# **O PRÓ-SAÚDE vai para a Escola: O Programa Saúde na Escola como cenário para formação interdisciplinar e intersetorial**

**Alcindo José Rosa**

**Aristides José Da Silva Junior**

Estimulados pelos objetivos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, os cursos de Psicologia e Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT– Campus de Rondonópolis formaram uma parceria e aprovaram projeto no Edital MS nº 24/2011.

O projeto desenvolvido foi intitulado “A escola como espaço de promoção à saúde da família: interlocução entre saúde e educação”, ocorreu no período de agosto de 2012 a dezembro de 2014 e teve o objetivo geral de apoiar a implantação do Programa Saúde na Escola – PSE no município de Rondonópolis-MT. Deste modo, o projeto articulou o PRÓ-SAÚDE, o PSE (Programa Saúde na Escola/Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Rondonópolis) e três UBSF (Unidades Básicas de Saúde Família da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis-MT).

Temos, portanto, que metodologicamente o projeto desenvolveu ações intersetoriais (universidade, rede de saúde e rede de educação) com abordagem interdisciplinar (enfermagem, psicologia, odontologia, medicina e educação). Ou seja, por um lado, nos cenários de práticas, foram desenvolvidas ações previstas no Programa Saúde na Escola, congregando, para tanto, diferentes atores da universidade (professores, tutores, bolsistas), da rede de saúde (gestores, preceptores, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem) e da rede de educação (gestores, professores, estudantes e familiares dos estudantes).

Por outro lado, todas estas ações foram realizadas por um grupo de bolsistas e trabalhadores das diferentes filiações profissionais envolvidas no projeto, que tiveram a tarefa de trabalhar as questões de maneira interdisciplinar. As ações foram operacionalizadas por planos de trabalho, que foram ela-

borados coletivamente em reuniões sistemáticas, que também serviram como meio de avaliação e correção de rotas.

Considerando esta experiência, temos a finalidade neste estudo de apresentar o (I) modo como foi desenvolvida a experiência interdisciplinar e intersetorial a partir da congruência universidade, unidades básicas de saúde e escolas e (II) discutir os dados e tensões observadas.

A orientação metodológica deste estudo caracteriza-se, portanto, pelo relato de experiência, e para operacionalizá-lo observamos casos e situações e coletamos depoimentos dos diversos protagonistas do projeto de modo que fosse caracterizado o contexto de ocorrência das problemáticas, os possíveis modos de enfrentá-las e os conhecimentos decorrentes destas situações.

Para análise dos dados, sistematizamos as informações obtidas de modo que constituíssem o *corpus* do estudo e, em seguida, procedemos sua análise de maneira que nos permitisse compreendê-lo em sua profundidade e especificidade.

De outro modo, os dados quantitativos foram sistematizados e apresentados por meio de indicadores, que em seguida foram relacionados ao restante dos materiais levantados e utilizados na análise dos dados.

## **A escola como cenário interdisciplinar e intersetorial**

Ao educar para a saúde, o professor e a comunidade escolar contribuem de maneira significativa para a formação de cidadãos capazes de atuar em favor do autocuidado e, com base nisso, é que cuidarão também do meio em que vivem e, portanto, podem se colocar como agentes transformadores da realidade.

Por outro lado, reconhecemos que diversos fatores são determinantes dos processos saúde-doença, como as condições singulares de vida das pessoas, a maneira como nascem, vivem e morrem, bem como suas vivências em saúde e doença. Grande parte destes fatores não pode ser resolvida apenas com o esforço da escola, porém é inegável que ela tem o papel de formar cidadãos capazes de enfrentamento de suas vulnerabilidades.

Temos, portanto, que além das experiências familiares e sociais, a vida se desenvolve também na escola e, durante este processo, os estudantes vivenciam a possibilidade de transformar as experiências em formação de valores para a vida, que subsidiarão tomadas de decisão, fortalecimento ou mudança de hábitos.

Assim, uma vez que a vida está imbricada na escola, entendemos que a escola faz parte da vida, pontuando, no entanto, que a vida não se reveste do caráter disciplinar geralmente adotado pela escolarização. A vida acontece, incide, permeia, atravessa (SILVA JUNIOR, 2014). Para isto, demanda uma escola que a permeie, que a promova no momento em que se concretiza na sala de aula e que articule os objetivos educacionais aos objetivos do estudante.

Nesta direção, o objetivo da educação escolar gira em torno de dois eixos: a instrução e a formação (PUIG, 2000). A instrução se refere à transmissão dos conhecimentos historicamente acumulados pela humanidade, representados, na escola, pelo conteúdo disciplinar. De outro modo, a formação se volta à ética e à cidadania, dado que pressupõe a construção de uma sociedade que garanta vida digna para todos. Contudo, o papel que frequentemente a escola vem exercendo se limita à instrução, ainda que, não raro, de maneira precária, o que é um paradoxo.

Nossas vivências nas escolas mostram claramente estas limitações e, ao buscar alternativas para o enfrentamento de tal realidade, na perspectiva da transversalidade (PÁTARO, 2008), o estudo dos conteúdos curriculares continua sendo importante, entretanto, em vez de serem estudados como um fim em si mesmo, eles podem ser transformados em ferramentas para a formação ética, pois, assim, articulam o estudo, a escola e a vida das pessoas.

O que se busca é o equilíbrio entre dois eixos importantes da educação: a instrução (que ocorre com as matérias curriculares) e a formação humana, que deve ser baseada na temática transversal (PÁTARO, 2008).

Entretanto, a adoção da transversalidade para a formação humana não constitui novidade. Os parâmetros Curriculares Nacionais (Ministério da Educação, 1998), ao abordarem os temas transversais, especificamente da saúde, afirmam que, quando inicia sua vida escolar, a criança traz consigo a valoração de comportamentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde, oriundos da família e de outros grupos de relação mais direta. No decorrer da infância e da adolescência, épocas decisivas na construção de condutas, a escola passa a assumir papel destacado devido à sua função social e por sua potencialidade de promover o desenvolvimento de um trabalho sistematizado, contínuo e intencional.

A escola pode, por isso, assumir explicitamente a responsabilidade pela educação para a saúde, já que a conformação de atitudes estará fortemente associada a valores que o professor e toda a comunidade escolar podem oferecer aos estudantes durante o convívio escolar. Deste modo, os valores que se expressam cotidianamente na escola por meio de aspectos concretos, como a qualidade da merenda escolar, a limpeza

das dependências, as atividades propostas, a relação professor-aluno, entre muitos outros, são aprendidos pelos estudantes.

Os PCNs asseguram que a educação para a saúde cumprirá seus objetivos ao sensibilizar os estudantes para o direito à saúde, para a busca permanente da compreensão de seus determinantes e para a utilização de medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Contudo, como apresentado pelos PCNs, os temas transversais não cabem no âmago de uma disciplina. Eles devem ser contemplados de maneira transdisciplinar, fato que sempre nos leva a discutir o que é e como ocorre a transversalidade na escola. Decorre dessa discussão o levantamento de possibilidades de trabalho da escola voltadas à formação para a cidadania e para o autocuidado, de modo que efetivamente a vida permeie a escola e, por meio desta, a vida possa ser valorizada e compreendida.

Por outro lado, percebemos que as políticas públicas não atingem os objetivos estabelecidos, quando muitos apontam caminhos, pois são inúmeras as dificuldades para a sua operacionalização. Certamente, a previsão feita na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996) de que os temas transversais deveriam permear todo o conteúdo disciplinar é um claro exemplo da distância entre o previsto e o realizado.

Nesta mesma linha de raciocínio, recentemente, em nova tentativa de trabalhar o tema saúde na escola, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação propuseram o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007). O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). O Art. 1º traz o seguinte texto: “Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e do Ministério da Saúde, o Programa

Saúde na Escola, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”.

Basicamente, o PSE é composto por dois focos de ação. O primeiro é o de avaliação clínica e psicossocial, a ser realizado por profissionais do setor saúde. O segundo componente verte sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças e deve ser incorporado pela escola por meio de ações e temáticas transversais.

É nesta interface que desenvolvemos o projeto mencionado neste estudo, articulando formação de profissionais de enfermagem e psicologia, preceptorias (enfermagem e psicologia e, em alguns momentos, odontologia, nutrição e medicina), agentes comunitários de saúde, gestores municipais de saúde e educação, comunidade escolar e população.

## **Experiências do pró-saúde na escola**

As atividades do PRÓ-SAÚDE iniciaram-se em agosto de 2012 e para seu desenvolvimento foram escolhidas três unidades básicas de saúde e uma escola de cada área de abrangência das unidades de saúde, compondo os seguintes cenários de práticas, todos localizados no município de Rondonópolis-MT: (1) UBSF Jardim Europa e Escola Estadual Professor Carlos Pereira Barbosa (2) UBSF Parque São Jorge e Escola Bonifácio Sachetti e (3) UBSF Jardim Primavera e Escola José Moraes. Todos os participantes do projeto reuniram-se mensalmente para atividades de avaliação e tomadas de decisão e semanalmente em pequenos grupos e diretamente nos contextos de atuação.

Inicialmente, tratamos de realizar a aproximação dos estudantes aos cenários de práticas, primeiramente integrando os estudantes às UBSF e aos seus preceptores e, em seguida,

por meio da participação das equipes formadas nas reuniões pedagógicas e nas salas do educador que ocorriam nas escolas escolhidas.

Concomitantemente, foi feita a caracterização das escolas, levantando dados relativos à estrutura física, ao projeto pedagógico, à população atendida, aos recursos sociais e à infraestrutura da comunidade. Esta atividade mostrou-se muito produtiva, posto que tanto os estudantes de psicologia quanto de enfermagem desconheciam os bastidores de uma escola e seus meandros, como a escola ciclada, projetos pedagógicos, sala do educador, reunião de coordenação, políticas governamentais, greve, etc.

Ainda no final de 2012, o PRÓ-SAÚDE apoiou o município na realização das avaliações do PSE e elaborou um modelo de prontuário a ser utilizado pelo projeto. Com o início do ano letivo de 2013, iniciamos as atividades com intensa participação na elaboração dos projetos pedagógicos das escolas, momento em que as escolas incluíram no seu planejamento anual, as atividades do PSE a serem desenvolvidas pelo PRÓ-SAÚDE.

Contudo, algumas questões chamaram atenção, como (I) o fato dos professores desconhecerem as ações do Programa Saúde na Escola, ainda que o município estivesse executando-o desde o ano anterior e, (II) a ausência de estratégias para o desenvolvimento do tema saúde nos projetos pedagógicos das três escolas. Segundo relato dos professores, as questões relacionadas à saúde sempre eram abordadas à medida que o assunto emergia em sala de aula.

Ao analisarmos os focos de atuação do Programa Saúde na Escola temos que ele é composto por três componentes: I - Avaliação Clínica e Psicossocial; II- Promoção e Prevenção

à saúde e, III – Formação. Respeitando esta divisão, convençionamos que o componente I seria executado na escola pela equipe da UBSF e com o apoio da equipe do PRÓ-SAÚDE. O componente II seria executado pelos professores com apoio da equipe do PRÓ-SAÚDE e pela equipe da UBSF e o componente III seria executado da equipe do PRÓ-SAÚDE com apoio de professores e equipe da UBSF.

Deste modo, durante os anos de 2013 e 2014, as avaliações clínicas e psicossociais (componente I) foram realizadas, sendo avaliados os seguintes parâmetros: acuidade visual, medidas antropométricas, pressão arterial, higiene corporal e saúde bucal. Foi aplicado questionário abordando questões pessoais e familiares, as condições de moradia e exposição a vulnerabilidades. As avaliações foram realizadas em cada escola utilizando-se, para tanto, de sala preparada para este fim e considerando a privacidade e individualidade de cada estudante.

Após sistematização dos indicadores que emergiram a partir destas avaliações, os dados foram apresentados às escolas e aos professores durante as “salas do educador” e, a partir deste momento, foram discutidas possíveis ações a serem desenvolvidas em sala de aula pelos professores. Estas ações caracterizaram as atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos (componente II do PSE). Ao apoiar os professores, a equipe do PRÓ-SAÚDE utilizou diversas técnicas facilitadoras, como oficinas temáticas, rodas de conversas, saúde na escola para o professor e concursos de desenho.

Para instrumentalizar os professores (componente III do PSE), a equipe do PRÓ-SAÚDE realizou atividade mensal na sala do educador com a discussão de temas geradores como ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção das práticas corporais e atividade física nas

escolas, educação para saúde sexual e reprodutiva; prevenção do álcool, tabaco e outras drogas, prevenção das violências e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

Em diversos momentos, reuniões foram promovidas com os responsáveis dos estudantes para informá-los acerca das ações que seriam executadas na escola, apresentar-lhes os temas que seriam trabalhados e solicitar-lhes autorização e colaboração para o envolvimento e desenvolvimento das ações propostas.

### **Indicadores encontrados na população escolar**

Apresentamos a seguir uma síntese dos dados coletados nas escolas, conforme componente I do PSE e instrumento de avaliação desenvolvido pela equipe do PRO/PET/Saúde. As avaliações foram executadas com todos os estudantes das três escolas eleitas para o projeto, porém, como os estudantes das séries iniciais tiveram dificuldades para responder algumas questões, convencionamos realizar um recorte. Assim, analisaremos dados relativos aos estudantes da terceira fase de cada ciclo, ou seja, estudantes do 3º, 6º e 9º ano, totalizando 496 estudantes de um universo de 1519.

#### **a) Composição familiar de referência**

O Censo 2010 (IBGE) mostra que, no ano 2010, 54,9% das famílias brasileiras eram compostas de casais com filhos. Entretanto, houve considerável diminuição na última década, pois no ano 2000, eram 63,6%. Ao avaliarmos esta questão junto aos estudantes deste estudo, encontramos uma queda ainda maior, apenas 49,1% das famílias são constituídas pela tríade pai-mãe-filhos. Encontramos ainda que 41,3% dos estudantes convivem apenas com a mãe, 4,8% apenas com o pai e 4,8% com outros responsáveis (avós, tios, etc.).

Certamente, as transformações culturais das últimas décadas e o surgimento de novos arranjos familiares pressionam o processo de escolarização para que absorva parte da educação antes desenvolvida exclusivamente no âmbito familiar e a sobrecarregue com inúmeras novas tarefas.

b) Acesso à renda

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Atende às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, caracterizadas pela renda familiar mensal per capita de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais). Em nosso estudo, encontramos que 63,9% dos estudantes mencionaram receber bolsa família, revelando, portanto, condição de vida bastante precarizada.

c) Convivência com familiares tabagista.

Resultado de pesquisa da Vigilância de Tabagismo em Escolares – Vigescola (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004) apresenta que o tabagismo entre jovens fumantes é maior entre aqueles cujos pais são fumantes do que entre aqueles cujos pais não são fumantes. Em nosso estudo encontramos que 66,5% dos estudantes convivem com familiares tabagistas, o que pode, portanto, produzir uma relação naturalizada com o tabaco, permitindo precocemente o contato com o cigarro e certamente a iniciação no tabaco.

d) Convivência com familiares em situação de vulnerabilidade individual e social

Dados do levantamento da Vigilância de Violências e Acidentes –Viva, apontam que uma em cada cinco vítimas de trânsito atendidas nos prontos-socorros brasileiros ingeriram bebida alcoólica. O estudo também mostra que 49% das pessoas que sofreram algum tipo de agressão consumiram bebida alcoólica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em nosso estudo encontramos dados que se relacionam com esta problemática. Por exemplo, 77,6% dos estudantes mencionam conviver com familiares que fazem uso regularmente de bebidas alcoólicas; 39,1% com familiares que usam outras drogas (além do álcool); 29,1% com familiares que sofreram violência doméstica e, 27,4% que sofreram violência policial.

e) Histórico familiar de portadores de doenças crônicas.

O diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento anormal de glicose no sangue e são fatores de risco: o estilo de vida pouco saudável, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade; antecedente familiar; hipertensão arterial; taxa de triglicérides maior que o normal, entre outros. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Neste estudo, encontramos que 33,1% dos estudantes avaliados mencionaram que algum familiar é portador de diabetes mellitus, o que enseja predisposição para desenvolver a doença. De maneira semelhante, 40,90% dos estudantes apresenta histórico familiar de portadores de hipertensão arterial.

Durante avaliação antropométrica, apuramos que 19,1% estão com sobrepeso. Estes dados permitem, portanto, estimar o risco destes estudantes desenvolverem estas doenças crônicas não transmissíveis.

#### f) Avaliação de indicadores de saúde bucal

Tendo em vista que a cárie é resultante dos processos fisiológicos de desmineralização e remineralização das superfícies dentais, que por sua vez são influenciados pelo desequilíbrio bioquímico da cavidade bucal, pode se considerar que os processos que causam cárie dependem da quantidade e qualidade da placa bacteriana, a quantidade e frequência do consumo de açúcares e a presença constante de flúor na superfície dentária. Os determinantes para ocorrência destes fenômenos estão relacionados diretamente ao comportamento do indivíduo, frente aos seus hábitos alimentares e de higiene bucal e do nível de acesso aos recursos e apoios que viabilizam que esses hábitos sejam desenvolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerando estes pressupostos, na avaliação da saúde bucal encontramos presença da doença cárie em 87,32% dos estudantes. Já os percentuais de dentes cariados por estudante foram os seguintes: mais de 7 dentes cariados – 16,13%; de 5 a 6 dentes cariados – 17,74%; de 3 a 4 dentes cariados – 29,03%; de 1 a 2 dentes cariados – 37,10%. Ao avaliarmos a procura dos estudantes por um profissional da saúde para os cuidados com a saúde bucal encontramos que 4,3% foram ao dentista uma vez ao ano; 22,2% duas vezes, 11,3% nunca foram ao dentista e 62,2% vão ao dentista apenas quando sentem dor de dente.

Na avaliação da frequência diária de escovação dental, encontramos que 13,48% escovam uma vez, 27,39% duas ve-

zes e 59,49% três ou mais vezes ao dia. A ausência do uso de fio dental foi mencionada por 86,9% dos estudantes.

Os indicadores denotam certa contradição entre hábitos higiênicos e condição da saúde bucal, posto que apesar dos estudantes relatarem adoção da higienização bucal, os percentuais de cáries e número de dentes cariados revelam outro cenário. Isto nos leva a refletir acerca do acesso da população aos serviços odontológicos, a importância do uso do fio dental, bem como à qualidade dos hábitos de higiene bucal e alimentares.

Na hipótese destes hábitos serem desenvolvidos no seio familiar, parece que não estão sendo suficientes. Também nos leva a refletir acerca do papel da escola e da UBSF, tendo em vista que a escovação dental é amplamente estimulada desde a entrada das crianças na escola e a escovação assistida tem sido prática comum no trabalho das equipes de saúde. Os indicadores de presença de cárie nos levam, também, a considerar a oferta de água servida pelo município, que embora tratada, não passa por fluoretação.

#### g) Condição de acuidade visual

A acuidade visual (AV) foi medida por meio da escala optométrica de Snellen. Considerou-se normal a AV superior a 0,7, estabelecendo-se como déficit de AV valores iguais ou inferiores a este, de acordo com critérios propostos pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Dados da “Campanha Veja Bem Brasil” relatam que em cada 1000 escolares do ensino fundamental, 100 são portadores de erros de refração (hipermetropia, principalmente; astigmatismo e miopia), necessitando correção (ALVES; KARA-JOSÉ, 1998).

Os dados encontrados em nosso estudo apontam que 11% dos estudantes estão com acuidade visual alterada, fato que

pode interferir diretamente no rendimento das atividades escolares e de vida diária destas crianças.

De maneira geral, considerando a natureza dos indicadores apresentados acima bem como as questões que revelam, temos que as escolas constituem cenários propícios para o trabalho no campo da promoção de saúde e prevenção de agravos e não há mais como as UBSF desconsiderarem que as escolas fazem parte de seu território e vice-versa.

## **Discussão**

A experiência relatada bem como os indicadores apresentados nos faz refletir acerca dos limites e possibilidades das unidades básicas de saúde da família e das escolas para a execução do PSE, o que nos permitiu constatar que há considerável dificuldade para implantá-lo no município, o que pode relacionar-se a diversos aspectos. Sem a pretensão de esgotá-los passaremos ao exame de alguns.

O primeiro aspecto a ser destacado refere-se às questões de gestão da intersetorialidade, pois há consideráveis dificuldades para transpor as barreiras burocratizadas e departamentalizadas da gestão pública. A intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997).

Assim, compreendemos a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a saúde e de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, fazendo a necessária mobilização conjunta na formulação de intervenções. Porém, percebemos dificuldades junto à Secretaria Municipal de Educação e

comunidade escolar de compreender a atuação do setor saúde no âmbito escolar. De maneira semelhante, há importantes dificuldades da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais da atenção básica de agregar às suas práticas a saúde do escolar, com o agravante que as práticas devem transcender as tradicionais avaliações clínicas.

Com isso, no tocante à gestão municipal do PSE, nos parece que não se trata de discutir se a escola deve ou não assumir a responsabilidade pela educação para a saúde, posto que isso é inerente à tarefa educativa. Trata-se, portanto, de desenvolver a articulação entre os setores que devem corresponsabilizar-se pela atenção à população de seu território e, esta, nos parece, é uma questão muito mais política de gestão do que técnica.

O segundo aspecto refere-se ao fato de que o Programa Saúde na Escola deve ser executado de maneira articulada entre profissionais da saúde e os da educação. Entretanto, nas avaliações realizadas pelo PRÓ-SAÚDE ficou evidente que os profissionais da saúde são responsabilizados pela execução do primeiro componente, ao passo que os profissionais da educação se responsabilizaram pelo segundo. Há, portanto, uma cisão que coloca os profissionais de saúde de um lado e de educação de outro.

Neste sentido, há que compreendermos que quando os professores se deparam com uma realidade escolar tão diversificada, uma das saídas é se amparar na especialização. Um professor disse o seguinte: “*sou professor de matemática, não tenho formação para abordar temas relacionados à saúde*”. A este respeito, Paulo Freire diz que “como professor, não me é possível ajudar o educando a superar sua ignorância se não supero permanentemente a minha. Não posso ensinar o que não sei” (1996).

Esta questão nos leva a refletir acerca da formação acadêmica oferecida nas licenciaturas, pois parece que tem tido dificuldades para formar professores que sigam além da mera instrução disciplinar e consigam educar para a cidadania e melhoria dos modos de vida. Obviamente que não se trata apenas da melhoria da formação dos professores, há que considerar também a estrutura das escolas, a necessidade do ensino em período integral, o investimento na formação continuada e a valorização dos professores.

Considerando este cenário, a formação permanente de professores pode ser usada como ferramenta de superação da má formação inicial ou em favor de sua complementação. Por outro lado, precisamos transformar a formação universitária inicial de professores para libertar a formação contínua da triste tarefa de “tapa-buracos da formação inicial”. Assim reconhecemos que “é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. É um processo pelo qual mulheres e homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram inacabados” (FREIRE, 1996).

A formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas), mas sim por meio de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal (NÓVOA, 1992). Podemos considerar, portanto, que a cisão anunciada acima pode ser superada e os professores podem agregar à sua práxis temática como a educação para a saúde sem que sejam especialistas em saúde.

O terceiro aspecto que dificulta a implantação do PSE refere-se à questão da transversalidade. Inicialmente, registramos que a transversalidade é pouco explorada nos livros didáticos, ela ainda permanece mesmo como temática. Assim, são

exploradas pelos professores quando questões afloram em sala de aula e se eles dominam o assunto. Nesta direção, observamos que os professores das chamadas turmas de unidocência apresentam maior facilidade para o desenvolvimento dos temas transversais.

Com isso, defendemos que os temas transversais atinentes à saúde não devem chegar à escola por meio do setor de saúde, pois isto torna a escola dependente e submissa às suas prescrições (SILVA JUNIOR, 2014). Diferentemente disso, os setores devem se corresponsabilizar e nos parece que neste sentido há méritos nas propostas do Programa Saúde na Escola, pois pode fomentar tais parcerias intersetoriais.

Contudo, avaliamos que para praticar a transversalidade é preciso que se construa uma nova cultura acadêmica de modo que desde a formação universitária os profissionais vivenciem o papel da escola na sociedade (YUS, 1998).

Com isso, temos que destacar que as experiências vivenciadas pela equipe do PRÓ-SAÚDE foram intensas e descentralizadoras, pois romperam com a lógica de atuação centrada a partir da unidade básica de saúde e se mantiveram focadas na escola. A própria escola, em diversos momentos, estranhou a natureza da atuação centrada nela, pois fazia muito tempo que convivia com ações de natureza campanhista.

Ao analisarmos a transversalidade na perspectiva da formação dos estudantes universitários para a execução das ações de saúde na escola, percebemos, inicialmente, na equipe do PRÓ-SAÚDE, que as dificuldades advinham do enfoque campanhista, da tentativa de prescrever hábitos de vida para a população e da desconsideração de que a escola faz parte do território da UBSF, aspectos que foram sendo abordados e transformados durante o andamento do projeto.

O quarto aspecto que dificulta o Programa Saúde na Escola relaciona-se às transformações da estrutura familiar, pois tanto o setor saúde quanto o setor educação partem do conceito de centralidade da família como organizador da vida dos estudantes. Temos aqui um duro impasse, pois diversos assuntos antes cuidados pela família tornaram-se matéria para especialistas e assim são tratados, por exemplo, pela mídia e literatura, e pela própria escola, despotencializando ainda mais o papel da família, que na verdade não existe mais como o grande eixo articulador da vida cotidiana.

Finalmente, o quinto elemento dificultador para a efetividade do Programa Saúde na Escola no município de Rondópolis reside também na baixa cobertura assistencial da rede básica de saúde, cerca de 55% de cobertura em 2014. Como o PSE pressupõe ampla cobertura das UBSF, há uma lacuna territorial/populacional que não está sendo beneficiada pelas suas ações, restando às escolas destas regiões as tradicionais ações de natureza campanhista.

A apreciação destes aspectos dificultadores para a implantação do PSE demonstra que há enormes potencialidades no programa, embora muitas tensões ainda atrapalhem e até estrangulem sua capacidade de intervenção. A análise permite observar também que o PRÓ-SAÚDE foi uma experiência que apoiou tanto as UBSF quanto as escolas e se colocou no papel de mediador entre as duas redes e se mostrou como experiência exitosa à medida que tratou de pôr em diálogo e ações as partes envolvidas.

## **Considerações finais**

Os resultados patenteiam a necessidade da execução de políticas de enfrentamento aos agravos à saúde e que se manifestam na escola. No entanto, as ações intersetoriais ainda são

incipientes. Ações como as apresentadas são imprescindíveis para atingir os objetivos da intersetorialidade, da interdisciplinaridade e, conseqüentemente, promover a saúde na escola. Assim, é possível eleger a escola como lócus de educação em saúde e estabelecer um elo entre estes setores essenciais para a promoção de saúde e a formação de cidadãos.

Esta experiência permitiu entender que as ações intersetoriais são importantes estratégias para a execução de políticas públicas. Permitiu ainda oportunizar aos acadêmicos de psicologia e enfermagem a vivência da interdisciplinaridade e intersetorialidade, reorientando desta forma as concepções dos acadêmicos sobre a sua futura atuação profissional.

Finalmente, temos que a educação em saúde é um campo multifacetado para onde convergem diversas concepções das políticas públicas da saúde e da educação, entretanto, possui muitas afinidades, especialmente o fato de se basearem na universalização de direitos fundamentais.

## Referências

ALVES, M.R; KARA-JOSÉ, N. **Campanha “Veja Bem Brasil”**. Manual de Orientação. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 1998.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre instituição do programa saúde na escola.

BRASIL. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional.

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

INOJOSA, R.M.; JUNQUEIRA, L.A.P. **O movimento do setor saúde e o desafio da intersetorialidade**. Publicação 20 anos da Fundap, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Retrato da família brasileira, 2010**. <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Vigescola. **Vigilância de tabagismo em escolares: Dados e fatos de 12 capitais brasileiras**. Vol. 1. Rio de Janeiro, 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Secretaria da Educação Fundamental. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-degenerativas. **Informações básicas para a promoção da saúde ocular**, 2.<sup>a</sup> ed. Brasília, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília, 2009.

NÓVOA, A. (Org.) **Os professores e sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

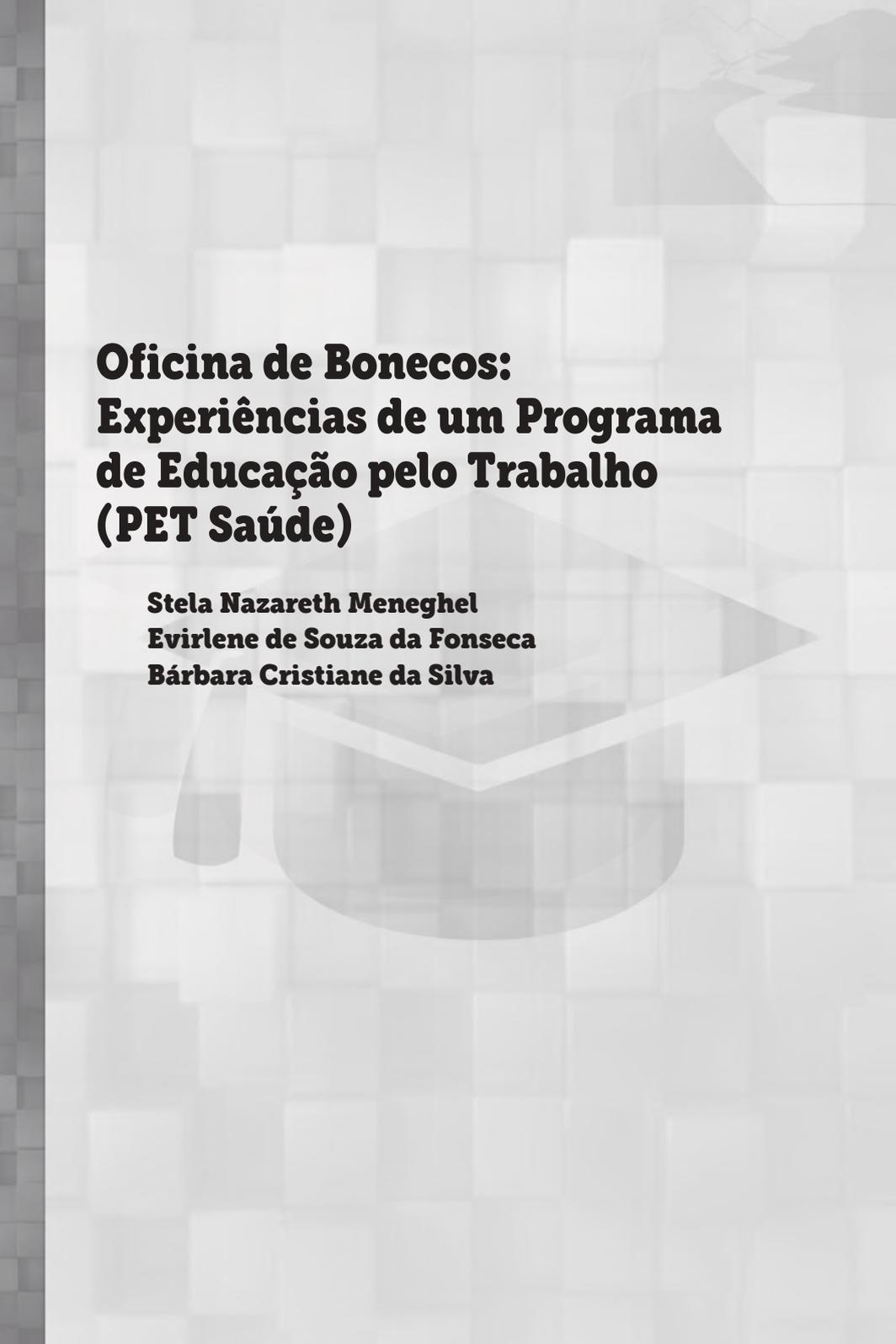
PÁTARO, R.F. **O trabalho com projetos na escola: um estudo a partir de teorias de complexidade, interdisciplinaridade e transversalidade**. (Dissertação de mestrado) Campinas, Faculdade de Educação da UNICAMP; 2008.

PUIG, J. **Democracia e participação escolar**. São Paulo: Moderna, 2000.

SILVA JUNIOR, A.J. **Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais**. (Tese de doutorado) Cuiabá: Instituto de Educação da UFMT; 2014.

YUS, R. **Temas Transversais: em busca de uma nova escola**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1998.





# **Oficina de Bonecos: Experiências de um Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde)**

**Stela Nazareth Meneghel  
Evirlene de Souza da Fonseca  
Bárbara Cristiane da Silva**

## **O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e o PET Violências**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação. O PET-Saúde integra ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação (BRASIL, s/d).

Destina-se a apoiar estudantes de cursos de graduação sob a tutoria de um docente e preceptoria de profissionais de serviços, para realizar atividades extracurriculares complementares aos cursos e aprofundar a interação entre ensino/serviço/comunidade. Estas atividades permitem ao aluno vivenciar experiências que não estão presentes nos modelos curriculares convencionais, enriquecendo a formação global e propiciando melhores condições tanto para o mercado profissional quanto para a pós-graduação. Desta maneira, este programa pode ser considerado um investimento acadêmico implicado em sérios comprometimentos epistemológicos, pedagógicos, éticos e sociais, que visa enriquecer a formação acadêmica, mas também contribuir para a formação integral do aluno e seu aprimoramento como pessoa humana e membro da sociedade (BRASIL, 2006).

O PET Vigilâncias está ligado à Coordenadoria de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COORSAUDE/UFRGS) e possui três projetos pautados em agravos de elevada magnitude, gravidade e repercussão social na cida-

de de Porto Alegre: hiv/aids, tuberculose e violências. Estes temas foram priorizados pelos serviços municipais de saúde onde as atividades práticas são realizadas.

O PET Violência objetiva realizar ações direcionadas a pessoas ou grupos em situação de violência a partir da integração com a Rede de Atenção e Proteção do Território. A organização deste PET surgiu das discussões de caso e vivências nos serviços de saúde do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que identificaram aumento de todos os tipos de violência no território.

Este projeto iniciou em 2013 com uma equipe composta por um tutor professor da universidade, dois preceptores vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ligado à gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e oito alunos pertencentes aos Cursos de Medicina, Psicologia, Serviço Social e Saúde Coletiva.

As atividades planejadas e realizadas no PET Violência inserem-se na perspectiva da promoção da saúde, prevenção das violências e fomento da paz. Objetivam motivar e sensibilizar os profissionais da saúde para a prevenção das violências sem descuidar a identificação, o acolhimento e a atenção às pessoas atingidas, contribuindo para a transformação dos serviços de saúde e almejando uma sociedade sem violência.

Conseqüentemente, o PET Violência organizou-se para estimular a discussão crítica sobre as violências em escolas, serviços de saúde e comunidade. Neste relato de experiências descrevemos as oficinas realizadas em uma escola estadual de ensino fundamental e em uma estratégia de saúde da família (ESF), como dispositivo para discutir as violências e identificar estratégias para seu enfrentamento.

## O Tema e o Território

Partimos de uma demanda institucional da gerência distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para realizar ações dirigidas a vigilância epidemiológica das violências no território de tabalho. O PET violência foi escolhido entre outras propostas, pela necessidade de encontrar estratégias que impactassem tanto na identificação dos casos e notificação quanto na atenção e acompanhamento das situações de violência. Uma das primeiras ideias é que fizéssemos um “diagnóstico” das violências no distrito, uma região que se encontra sabidamente entre as mais violentas da cidade. Estas violências estão subestimadas nos dados disponíveis pelos sistemas de informação, mas aparecem frequentemente nas mídias.

As violências e acidentes, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, estão se configurando como um problema de saúde em Porto Alegre e no Brasil. As informações a respeito não estão sendo registradas de forma efetiva por todos os serviços de saúde, necessitando melhora tanto na qualidade do sistema de informação quanto nas ações desencadeadas para enfrentar esses eventos.

No território de estudo, destacam-se as violências interpessoais intrafamiliares (perpetradas por parceiro íntimo, entre os membros da família, contra crianças, mulheres e idosos) e comunitárias (entre jovens, violência sexual, violência no espaço escolar). A esse agravos sobrepõem-se a violência estrutural, ocasionada pelas desigualdades econômicas, culturais, de gênero e raça que expressam a precariedade das condições de vida em contextos de miséria e a exploração. Enfim, a violência institucional que aparece através do preconceito e da discriminação no atendimento aos usuários, na falta de acesso

ou na inexistência de equipamentos, serviços sociais e comunitários (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) já incluía a monitorização e a melhoria das informações sobre a ocorrência de acidentes e violências como uma prioridade à qual deveria ser concedida atenção especial, considerando fundamental a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de forma a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção. Considerava também que a retroalimentação das informações relacionadas aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, contribui para melhorar o atendimento prestado a estes segmentos. Apesar de existir há mais de uma década, ainda há lacunas no preenchimento de dados no sistema, no tratamento das informações e no desenvolvimento de estratégias pautadas na análise desta situação.

Em Porto Alegre, o território composto pelo Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal é cenário de práticas da UFRGS e considerado uma das regiões mais violentas da cidade. É uma região de ocupação irregular e favelas, atualmente disputada por grupos ligados ao tráfico de drogas. No distrito, a região Cruzeiro (bairro Santa Tereza), área de intervenção do programa Território da Paz, possui as maiores prevalências de violência e mortes, principalmente em população jovem.

A região Cruzeiro é composta pelos bairros Medianeira e Santa Tereza, possui 65.408 habitantes, representando 4,6% da população do município e densidade demográfica de 9.590,62 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 4,1% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,4 salários mínimos (PREFEITURA MUNICIPAL DE

PORTO ALEGRE, 2008). Santa Tereza, abriga parte da vila chamada “Grande Cruzeiro”, um conglomerado de vilas populares que concentra mais de dois mil habitantes. Na Cruzeiro há 6 equipes de Estratégia da Saúde da Família e 2 Unidades Básicas de Saúde, supervisionadas pela equipe do NASF da gerência distrital. Área de exclusão social, caracterizada pelo número elevado de pessoas vivendo sem saneamento básico, habitações precárias, alto percentual de pessoas precarizadas ou desempregadas, pobreza e vulnerabilidade feminina (RAMÃO; MENEGHEL; OLIVEIRA, 2005).

Nesse cenário, iniciou o PET Violência, um projeto da Universidade, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que tem como objetivo estimular a promoção da saúde e a cultura da paz, através da sensibilização da população e dos profissionais da saúde para o enfrentamento das violências no território.

### **Pressupostos do Grupo**

Ao pensar as formas de atuação no PET Violência, optamos por realizar uma intervenção psicossocial alinhada aos pressupostos freireanos e da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005a; 2005b).

Paulo Freire (2005), ao explicar os princípios da pedagogia do oprimido, argumentava que a educação é um processo libertador que possibilita o exercício do pensamento crítico e reflexivo, capaz de problematizar o mundo e não apenas consumir conteúdos de modo “bancário” e passivo. Introduziu o conceito de aprendizagem significativa, mostrando que a aprendizagem acontece quando as situações, vivências e experiências fazem sentido para os aprendentes e não são mera repetição de signos.

A educação permanente tem sido pensada como o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, desenvolvida a partir dos problemas cotidianos dos serviços, valorizando as experiências e os conhecimentos dos trabalhadores locais (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde (EPS) busca não só a atualização técnica das equipes, mas a transformação das mesmas, partindo da problematização do cotidiano de trabalho. A EPS representa uma possibilidade de ação comunicativa intersubjetiva nos espaços de trabalho, nos quais predomina a racionalidade instrumental e a educação continuada destinados a manter a normatividade das ações de saúde (SILVA, 2011).

Ao construir um conceito e uma prática para a educação permanente em saúde Ricardo Ceccim (2005b, p. 162) destaca a importância dos coletivos de produção em que os grupos se reúnem para protagonizar mudanças e transformações. Pontua que o cerne da educação permanente é a “porosidade à realidade mutável e mutante dos serviços de saúde” e que não se pode perder de vista a potência do dispositivo que gera “auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade, sendo afetado pela realidade, afecção)”.

Ferramentados nestes referenciais, resolvemos nos arriscar e entrar no campo (o campo que sempre gera inquietações, desconfortos e medo) e começando pelo final, ou seja, antes de fazer uma análise da situação de saúde para identificar as prevalências das violências, que já sabíamos serem elevadas e subestimadas nos registros oficiais, iniciamos uma intervenção psicossocial em uma escola onde havia relato de sérios conflitos e agressão entre os alunos.

A ideia era priorizar a prevenção das violências e a cultura da paz, através de oficinas como a de bonecos sexuados e de comunicação (Rádio Web). Essas atividades tinham por objetivo contribuir coletivamente na construção dos saberes, oportunizando aos alunos vivenciarem situações concretas e significativas, que estimulassem as suas habilidades, criatividade, convivência e expressão.

O conceito de oficinas que pensamos foi pautado na *práxis*, ou seja, oficinas como grupos de trabalho organizados em relação a um “fazer” que pode ser artístico (bonecos, esculturas, painéis), comunicativo (vídeo ou programa de rádio) ou educativo (rodas de discussão e conversa). Porém esta prática não pode estar dissociada da reflexão crítica sobre o que foi feito e o mundo onde esta ação está inserida, para realimentar novos fazeres e reabastecer a espiral dialética.

Oficinas são intervenções organizadas em torno de uma questão central e em um contexto social. Constituem dispositivos de trabalho coletivos determinados pelo contexto histórico-social e utilizados para estimular a autonomia dos participantes através da dialogicidade e da reinvenção do cotidiano. É uma proposta de aprendizagem compartilhada pelo grupo, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento (AFONSO, 2002; JEOLÁS; FERRARI, 2003; LISE; MENE-GHEL, 2012; MENEGHEL et al., 2003; 2005; MENEGHEL; IÑIGUEZ, 2007; MENEGHEL; NEUBARTH, 2012; RAUTER, 2000).

Assim, as oficinas de bonecos sexuados que organizamos no PET violência, visavam proporcionar espaços para discussão acerca da sexualidade e gênero; instrumentalizar a reprodução destas técnicas em serviços de saúde; usar o dispositivo para trabalhar a sexualidade com crianças e jovens e estimular a costura como possibilidade de geração de renda.

## **Cenários e Itinerários: As Oficinas de Bonecos Sexuados**

Neste texto apresentamos duas oficinas de bonecos sexuados dirigidas a estudantes e profissionais de saúde. A primeira delas contemplou alunos de uma escola de ensino fundamental do bairro Cruzeiro na cidade de Porto Alegre escolhida pelos preceptores do PET. Era sabidamente cenário de muita violência e conhecida como “Carandiru”. A oficina contemplou 25 alunos que cursavam a 7ª série do ensino fundamental, com idades entre 14 e 16 anos.

“Mas por que uma escola?”, pode-se questionar, como Silvana Amaro (2005) que faz esta indagação em um texto de educação em saúde para ser trabalhado com mulheres no contexto da aids. Do mesmo modo que a autora, podemos responder que a escola é local privilegiado para a promoção de ações sociais, culturais e de saúde que direta ou indiretamente defendem a valorização da saúde, da cidadania, da participação social e da vida. Ainda acompanhando a autora, queríamos romper com as formas verticais e passivas de transmissão de conhecimentos, nos empenhando em encontrar possibilidades e potências, e proporcionar atividades lúdicas, participativas, reflexivas, que estimulassem a criatividade e o protagonismo dos estudantes. Apostamos na construção coletiva de saberes, oportunizando aos alunos vivenciarem situações concretas e significativas, instigando a criação, a imaginação, a livre expressão e a convivência.

Além do mais, assim, como em outras grandes metrópoles, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social são principalmente os moradores de regiões periféricas ou cinturões de favelas. São jovens negros e do sexo masculino que possuem um risco elevado de serem mortos por homicídios

(MINAYO, 2001; BRASIL, 2005a) enquanto que a juvenili-zação feminina da aids representa um marcador das desigualdades de gênero e das violências a que estas adolescentes estão expostas (em Porto Alegre a razão de sexos aponta 1,8 casos em adolescentes do sexo feminino para cada caso no sexo masculino) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE). Estes dados, contribuíram para reforçar a escolha da escola como um dos cenários de prática.

A oficina foi pactuada com os professores, que em um primeiro momento fizeram uma série de demandas de atendimento clínico que ultrapassavam a nossa capacidade de resposta, já que eles queriam profissionais da medicina, psicologia e fonoaudiólogos. Acordamos que os professores frequentariam as oficinas e seriam multiplicadores de uma série de outras, e para tal fizemos um calendário rotativo, para que todos pudessem participar. Porém não houve adesão dos professores e como aponta José Ricardo Ayres (2007), ao relatar uma experiência de educação em saúde em uma escola paulista, há uma crise de confiança entre professores e alunos e não é fácil romper as barreiras de classe, cultura e comunicação entre eles, inclusive os estereótipos de gênero.

Iniciamos então as atividades, apresentando o projeto e oferecendo duas possibilidades de inserção aos estudantes: a oficina de rádio comunitária ou a de bonecos. Achávamos que os alunos iriam se interessar pela rádio, mas eles majoritariamente escolheram os bonecos. Aproveitamos para conversar sobre a costura, uma atividade que pode ser exercida por homens e mulheres e eles não só concordaram, mas trouxeram exemplos de homens que costuram, como o “avô alfaiate”, “o pai que sabe costurar”, e vários meninos quiseram participar. Percebemos, felizmente, que o papel de gênero tradicional: “mulher costura, homem não” estava mais presente em nosso

imaginário do que no dos adolescentes pertencentes às classes populares.

Um dos objetivos da oficina de bonecos era problematizar a apropriação cultural das diferenças corporais e sexuais culturalmente criadas pela sociedade e questionar as violências que dela decorrem e se impõem como dominação e assujeitamento dirigidos às mulheres ou aos homens que não exercem masculinidades hegemônicas (BIGLIA; SAN MARTÍN, 2007).

Assim, começamos a realizar a proposta com algumas ausências em dias de temporal ou quando se impunha o toque de recolher pelas disputas do tráfico. Fizemos bonecos de argila, para começar a delinear um corpo material, humano, ancorado na *pólis* e no mundo real. Mas também um corpo possuidor da plasticidade da argila e que permitisse ao grupo colocar-se á vontade para construir os bonecos.

Nos encontros que seguiram desenhamos moldes, sem muitas regras, deixando livre a criatividade de cada um. Após, o tecido foi cortado, nas cores bege e marrom, pensando na população branca e negra que vive no local e respeitando o elevado percentual de afrodescendentes da comunidade.

O tecido foi costurado manualmente, enchido com flocos de espuma e, após foram colocados os órgãos sexuais (pênis para os meninos e vagina para as meninas). As meninas fizeram bonecas e bonecos, enquanto os meninos fizeram apenas bonecos do sexo masculino. Este fato não havia ocorrido em oficinas que havíamos feito com população adulta (MENEGHEL; NEUBARTH, 2012; MOURA; MENEGHEL, 2014), quando as pessoas só fizeram bonecos do seu mesmo sexo biológico.

As oficinas foram desenvolvidas em 10 encontros com os alunos e, ao mesmo tempo, que os bonecos eram confeccionados, conversávamos no grande grupo ou individualmente so-

bre temas elencados pelos participantes. As conversas giraram em torno da corporeidade, sexualidade, contracepção, violências e da própria costura como uma possibilidade profissional ou uma atividade de utilidade na vida prática.

Em outras oficinas (MENEGHEL et al., 2005; MOURA; MENEGHEL, 2014) observamos uma aproximação que aconteceu naturalmente entre alguns oficinheiros e participantes. Este fato parece resultar de um processo de empatia e construção de vínculo que reforça o caráter de confiança e aproximação entre estas díades dentro do grande coro polifônico da oficina. Na oficina que estamos narrando, algumas alunas e alunos se aproximaram dos estudantes petianos trazendo questões e demandas, que discutimos em reuniões de supervisão para chegar a uma resposta a ser devolvida ao grupo. A faixa etária similar entre os dois grupos de estudantes também ajudou a comunicação, assim como o partilhar de gírias, músicas, referências culturais e redes sociais.

Na avaliação final, aprovaram a atividade e pediram que voltássemos. Assim, a oficina possibilitou um intenso diálogo entre os jovens, proporcionando aos alunos uma releitura sobre as diferenças corporais e sexuais que são culturalmente criadas pela sociedade. Ao final, os bonecos foram expostos em painéis na Escola e na ESF da região. Apresentamos a seguir algumas fotos do processo de trabalho.

A segunda atividade que planejamos para o PET Violência focava o sistema de vigilância epidemiológica das violências no território. Inicialmente, prevíamos realizar este trabalho com os profissionais de saúde, discutindo o tema da notificação e o acolhimento dos casos. Sabíamos que esses profissionais haviam relatado temor de notificar os casos de violência devido as possíveis represálias por parte de agressores vinculados ao tráfico.

Figura 1 - Oficina na escola - Confeção de bonecos sexuados em argila



Figura 2 - Oficina na escola - Confeção de bonecos sexuados em argila



Figura 3 - Oficina na escola - Confeção do molde de bonecos sexuais



Figura 4 - Oficina na escola - Finalização da confecção de bonecos sexuais



Figura 5 - Oficina na escola - Exposição dos bonecos confeccionados



Figura 6 - A oficina na ESF - Primeiros passos: desenhando e recortando



Figura 7 - A oficina na ESF - Primeiros passos: desenhando e recortando



Figura 8 - Costurando e montando os bonecos



Figura 9 - Costurando e montando os bonecos..



Figura 10 - Costurando e montando os bonecos



Figura 11 – Modelos finalizados ...



Figura 12 - ... para, finalmente expô-los na sala de espera da ESF



Ao levar os resultados da Oficina de Bonecos para a ESF em cujo território a escola se localiza, os profissionais avaliaram positivamente o trabalho e um dos trabalhadores sugeriu que fizéssemos a oficina na Unidade para que eles se apropriassem da técnica. Essa demanda nos motivou a organizar uma Oficina de Bonecos sexuados com a Equipe da ESF, pensando que o dispositivo era compatível com a proposta de educação permanente em saúde. Os objetivos, delineados em conjunto, previam que a equipe se apropriasse da técnica, problematizasse as violências e usasse os bonecos para atividades de educação em saúde, discussão sobre corpo, sexualidade e diagnóstico de violência sexual.

A proposta na ESF seguiu um roteiro similar ao da escola, incluindo a apresentação da técnica, elaboração dos moldes, corte do tecido, costura, enchimento, colocação dos órgãos sexuais e avaliação. Assim como na escola, durante todo o tempo das oficinas, fomos costurando e conversando sobre o tema das violências.

Junto à equipe de saúde, utilizamos os elementos metodológicos do matriciamento e da educação permanente, usando o espaço da oficina para a discussão de casos e de problemas enfrentados na cotidianidade do trabalho. Acreditamos que a atividade ajudará a qualificar a Vigilância Epidemiológica das violências e a atenção e cuidado com pessoas afetadas pelo agravo no território.

A última atividade que realizamos, como encerramento da oficina na ESF, foi a dramatização de uma situação de violência sexual atendida pela equipe. Relemos conjuntamente as orientações de atendimento às vítimas de violência (BRASIL, 2005b) e apresentamos o referencial teórico-prático do teatro do oprimido de Boal (1980), como ferramenta de denúncia e transformação individual e social. De posse destes elementos,

a equipe produziu uma vivência ímpar, dramatizando a história de uma usuária vítima de violência sexual atendida na ESF, que provocou no grupo um momento de reflexão e emoção.

## **Palavras Finais**

As oficinas de bonecos sexuados têm sido usadas como ferramenta auxiliar para identificação de situações de violência sexual vivenciadas por crianças, porém também produzem reflexões sobre temáticas relacionadas ao corpo e a sexualidade com os mais diversos públicos, como gestantes, mulheres, homens, jovens e idosos. Os bonecos disponibilizados para venda no mercado são muito caros, e um dos nossos objetivos é que as equipes confeccionem seus próprios bonecos em oficinas de promoção à saúde.

Neste projeto, vivemos duas experiências: a oficina de bonecos na escola que repercutiu favoravelmente nos alunos participantes, mas que não teve a continuidade que prevíamos, talvez pela sobrecarga que os professores estão imersos, por não se identificarem com o projeto, ou por não corresponder às suas expectativas.

Já na equipe de saúde da ESF, a oficina mostrou-se um poderoso instrumento para a educação permanente em saúde, permitindo o aflorar de temas, dúvidas, problemas e práticas do cotidiano dos serviços. Favoreceu o estabelecimento de relações horizontais entre equipe da universidade e equipe dos serviços, o compartilhar de dúvidas e ansiedades, a possibilidade de discutirmos abertamente e a emergência de um sentimento de cooperação que nos aproximou e igualou. Possibilitou a realização de atividades de educação no trabalho de uma maneira leve e agradável, sem deixar de lado a densidade teórica.

Enfim, a oficina proporcionou possibilidades educativas, reflexivas e lúdicas na confecção dos bonecos sexuados. Desta maneira, os temas foram sendo pensados, falados, discutidos, reformulados e integrados com o fio de linha e a costura, na conversa e na roda. O desenho, o corte, a costura e outras atividades manuais realizados no grupo e atravessados pelo diálogo e pela reflexão permitiram o repensar do corpo, da saúde, da sexualidade, de uma vida sem violência, dos significados e expressões deste corpo no mundo, assim como acerca do trabalho produzido na dia-a-dia da atenção básica em saúde.

## Referência

AFONSO, L. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social; 2002.

AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saude Soc.* 2005; 14(2): 89-99.

AYRES, J. R. M. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ; 2007. p. 375-418.

BIGLIA, B.; SAN MARTÍN, C. (Eds.). *Estado de wonder bra. Entretejien-do narraciones feminitas sobre las violencias de género*. Bilbao: Virus Editorial; 2007.

BOAL, A. *Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Programa de Educação Tutorial. *Manual de Orientações Básicas*. Brasília: Ministério da Educação; 2006 (acesso 2014 ago 19). Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=480&catid=232%253Apet-programa-de-educacao-tutorial&id=12228%253Aprograma-de-educacao-tutorial-pet&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=480&catid=232%253Apet-programa-de-educacao-tutorial&id=12228%253Aprograma-de-educacao-tutorial-pet&option=com_content&view=article)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. PRÓ-SAÚDE. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. (acesso 2014 ago 19). Disponível em: <http://www.prosaude.org>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Ceccim, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc. saude colet.* 2005a; 10(4): 975-986.

Ceccim, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005b; 9 (16):161-168.

Freire, P. Pedagogia do oprimido. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Jeolás, L. S.; Ferrari, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Cienc Saude Colet.* 2003; 8(2): 611-620.

Lise, F.; Meneghel, S. N. Contadores de histórias – oficinas sobre sexualidade com adolescentes. *Quaderns Psicol.* 2012; 14 (1):71-82.

Meneghel, S. N.; Barbiani, R.; Brenner, C.; Teixeira, G.; Steffen, H.; Silva, L. B. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1), 111-121.

Meneghel, S. N.; Barbiani, R.; Steffen, H.; Wunder, A. P.; Roza, M. D.; Rotermund, J. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(4): 955-963.

Meneghel, S. N.; Iñiguez, L. Contadores de histórias – práticas discursivas e violência de gênero. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(9), 105-119.

Meneghel, S. N.; Neubarth, B. Artes e panos – Tapete voa(dor) e Oficina de bonecos. In: ABRASCO. X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

14 a 18 de novembro de 2012. Porto Alegre, Brasil. (acesso 2014 ago 18). Disponível em: <http://www.saudecoletiva2012.com.br/pagina.asp?pg=33>

Minayo, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2001; 1(2): 91-102.

Moura, R.; Meneghel, S. N. Oficina de bonecos sexuados. In: Rede Unida. VI Seminário Internacional Rotas Críticas. XI Congresso Internacional da Rede Unida. 10 a 13 de abril de 2014. Fortaleza, Brasil. (acesso 2014 ago 19). Disponível em: [file:///C:/Users/stelameneghel/Downloads/Revista\\_Programacao\\_Rede\\_Unida.pdf](file:///C:/Users/stelameneghel/Downloads/Revista_Programacao_Rede_Unida.pdf)

Prefeitura de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre. ObservaPOA. (acesso 2014 ago 18). Disponível em <http://www.observapoa.com.br/>.

Ramão, S. R.; Meneghel, S. N.; Oliveira, C. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. *Psic Soc.* 2005; 17 (2): 79-87.

Rauter, C. Oficinas para quê? In: Amarante P (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 267-278.

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. *Boletim Epidemiológico. Hiv/aids.* Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2013; XV(51): 6.

Silva, J. A. M.; Peduzzi, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saude Soc.* 2011; 20(40): 1018-1032.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pró-reitoria de Graduação. Coordenadoria de Saúde. Projeto Pet Vigilância em Saúde 2013/2015. Porto Alegre: UFRGS e SMS/POA. (acesso 2014 ago 19). Disponível em: <http://prosaude-ufrgs.blogspot.com.br/p/pro-saude-pet-saude-pet-vigilancia-em.htm>.



# **Matriciamento em saúde mental na UBS tradicional: relato de experiência na cidade de São Paulo**

**Gleice Borghesi Ducatti Perosa**

**Edna Maria Peters Kahhale**

**Elisa Zaneratto Rosa**

**Bianca Mara Maruco Lins Leal**

**Maria Cristina Gonçalves Vicentin**

**Silvia Regina Rocha**

**Janaina Eleuterio Martins**

**Thiago Estivalet Braga**

**Naiara Oliveira Dib**

**Isabella Silva Almeida**

**Mirian Aurélia Linares**

## **Um pouco de história sobre a atenção à saúde e à saúde mental no Brasil**

É relativamente recente na história da assistência às pessoas com graves transtornos mentais e que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas a perspectiva da clínica ampliada e de cuidados multiprofissionais, comprometidos com a inserção comunitária (CHIAVERINI, 2011; CUNHA; SOUSA CAMPOS, 2011; VASCONCELLOS, 2013). Assim, cabe situar historicamente o processo brasileiro na implantação de cuidados integrais em saúde mental.

As primeiras preocupações em relação às pessoas com transtornos mentais datam de 1841, quando foi autorizada a construção do primeiro hospício, no Rio de Janeiro. Essas preocupações dialogam com a política higienista e com a possibilidade de um discurso médico sobre essa experiência, eminentemente presente no Brasil nesse período. Em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II, que recebeu 144 pessoas oriundas dos porões da Santa Casa de Misericórdia e de uma instalação provisória que existia na Praia Vermelha (Conselho Regional de Medicina, 2006).

Com a Proclamação da República, o Asilo, controlado pela Igreja e ligado à Monarquia, passa para a responsabilidade do Governo. O Hospício Nacional de Alienados, superlotado e oneroso, entrou em crise, agravada pela crescente demanda. Em 1890 criou-se a Assistência Médica e Legal a Alienados (AMLA) e foi proposto por Teixeira Brandão (Conselho Regional de Medicina, 2006) a criação das colônias agrícolas, as quais seriam produtivas, com receita própria complementar, atenuando assim os elevados custos, bem como terapêuticas, pois além da ocupação produtiva propiciariam maior contato com a natureza. Essa foi considerada a primeira reforma da assistência psiquiátrica realizada no Brasil.

Em 1927 a AMLA é substituída pela Assistência a Psicopatas, que avança nas propostas de novos modelos assistenciais. Esse modelo funcionou de 1927 até 1941, quando foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – que vigorou até 1956. A partir da década de 1950, com a superlotação, o sistema entra em crise.

Com o golpe militar de 1964, proliferam-se os hospitais privados conveniados com o poder público, afirmando-se como modelo central de uma política focada na patologia e na responsabilidade individual pelo processo de adoecimento mental.

Nos anos de 1970, surge movimento de insatisfação frente a este quadro, influenciado pelos debates de movimentos que expressavam a luta pela democratização da sociedade brasileira e, ao mesmo tempo, pelas experiências de reforma psiquiátrica já realizadas em outros países (BASAGLIA, 1988; BASSI, 1999). Os movimentos de acadêmicos de medicina e de médicos residentes, articulados com outros movimentos sociais, denunciavam a “política de saúde da ditadura” (KAHHALE, 2003; LUZ, 1978; NUNES, 1994; TAPAJÓS, 1982; BRAVO; MATOS, 2002).

Enquanto nos países europeus a descoberta dos psicofármacos e os avanços dos conhecimentos no campo psicossocial serviam para diminuir a importância da atenção hospitalar (BASAGLIA, 1988; BASSI, 1999; PAPESCHI, 1985), no Brasil os hospitais multiplicaram-se e foram transformados num projeto regido por leis de mercado (AMARANTE, 1998; FREIRE COSTA, 1989; GENTIL, 2000; ROCHA, 1912). Na Itália (BASAGLIA, 1988; BASSI, 1999; PAPESCHI, 1985), o processo de fechamento de hospitais psiquiátricos iniciou-se na década de 1970 e desenvolveu-se até 2000, com a substitui-

ção total destes por outros dispositivos de caráter territorial de atenção à saúde mental.

Nesse cenário, as sociedades científicas, acadêmicas e tecnocratas progressistas denunciam o acúmulo das doenças, endemias e epidemias. Os movimentos sociais apontam a ineficiência do sistema de saúde. Pela primeira vez, saúde é vista como direito universal e dever do Estado, como uma dimensão social da cidadania (KAHHALE, 2003; LUZ, 1978; NUNES, 1994; TAPAJÓS, 1982; BRAVO; MATOS, 2002).

Chegamos na década de 1980 com um total de aproximadamente 350 hospitais psiquiátricos particulares e 100.000 leitos, sendo 80% deles privados. Cerca de 70% dos mais de 80.000 leitos da iniciativa privada eram custeados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (criado em 1978). Foram construídos ambulatórios de saúde mental e serviços de emergência, mas não em número suficiente (AMARANTE, 1998; FREIRE COSTA, 1989; GENTIL, 2000; ROCHA, 1912).

Ao final de década de 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária debate a constituição de um novo modelo de atenção à saúde, exigindo o direito de cobertura universal e integral. Ao apontar para os determinantes sociais do processo saúde-doença, os reformadores sanitaristas impulsionam uma nova perspectiva de atenção, pautada no trabalho multiprofissional e em ações territoriais destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Um dos desdobramentos deste processo é a constituição do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que intensifica o questionamento do modelo de atenção psiquiátrico brasileiro. Denuncia situações de maus tratos e violação de direitos humanos em hospitais psiquiátricos e exige, em conso-

nância com o princípio da integralidade da atenção, a produção de uma rede territorial de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico. Esse movimento se transforma, em 1987, em um movimento social mais amplo nomeado como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Conselho Federal de Psicologia, 2000).

Com a promulgação da Constituição de 1988 e com a sanção das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; BORGES, BAPTISTA, 2008) foi criado e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que significou grande avanço na assistência à saúde em nosso país, cujas ações devem obedecer aos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização, participação popular.

A assistência à saúde mental, como parte constitutiva do SUS, deve obedecer a estes princípios e diretrizes (Ministério da Saúde, 2004).

Nos primeiros anos de SUS, o Brasil começa a experimentar novas possibilidades de atenção em saúde mental, implementando os primeiros serviços substitutivos de base territorial, por meio de diferentes iniciativas municipais e/ou estaduais. Destaca-se a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo/SP (1987), e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta de Santos/SP (1989), resultando no início do processo de extinção dos hospitais psiquiátricos e na criação de uma rede substitutiva. Nessa rede, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) representavam serviços estratégicos, sendo que no mesmo período, em São Paulo/SP, experimentava-se a criação de uma rede com outros serviços: Hospitais-Dia e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO).

Durante a década de 1990, os CAPS se ampliam como serviços substitutivos estratégicos, na medida em que permitiriam o cuidado a casos graves, a partir de projetos terapêuticos singulares (CHIAVERINI, 2011), orientados pela perspectiva da atenção psicossocial. A Política Nacional de Saúde Mental afirmar-se como política de Reforma Psiquiátrica, incentivando a criação de CAPS e o cuidado integral em contraposição ao modelo dos ambulatórios de saúde mental de base estadual. As alternativas à situação das pessoas internadas por longos períodos passam a ser o cuidado e atenção à saúde mental na Atenção Básica e o fechamento dos hospitais psiquiátricos (BORGES, BAPTISTA, 2008; Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2001).

Em paralelo e em consonância, nesta mesma época a atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica – Atenção Primária à Saúde - começa a configurar-se no território nacional com a experiência do Programa Saúde da Família, que posteriormente passará a ser vivenciada como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir da Lei ° 10.216 de 2001 (Conselho Regional de Medicina, 2006; Ministério da Saúde, 2001) entra em vigor critérios para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais, numa lógica de continuar a fomentar o processo de mudança no paradigma de cuidado dessas pessoas. Desconstruindo o modelo hegemônico de atenção hospitalar-manicomial para uma atenção territorializada, integral, que garanta o habitar, o relacionar e a cidadania. Em seguida, a publicação da Portaria 336/2002 (Ministério da Saúde, 2002), estabelece as modalidades de CAPS (CAPS I, II e III) e parâmetros para abertura e funcionamento desses serviços.

Deste modo, espera-se que o cuidado dessas pessoas e suas famílias ocorra sob a lógica da integralidade e da territo-

rialização (VASCONCELLOS, 2013). As UBSs devem ser a principal porta de entrada no SUS e tem papel estratégico na coordenação do cuidado na rede.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou o documento “Saúde Mental e Atenção Básica – O Vínculo e o Diálogo Necessários” (Ministério da Saúde, 2003), que trata da Inclusão das ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, que segundo a Portaria 648/2006 (Ministério da Saúde, 2006) constitui-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que perpassam o cuidado desde a promoção até a manutenção da saúde.

A partir desse conjunto de diretrizes, os CAPS devem ser territorializados, isto é, devem ser circunscritos e desenvolver ações articuladas ao espaço de convívio social daqueles usuários que o frequentam. Deve ser um serviço que ofereça atenção multidisciplinar e que resgate os recursos comunitários à sua volta. A reinserção social deve se dar com apoio das Equipes de Saúde da Família, que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, estabelecida desde o final da década de 1990 pelo Ministério da Saúde (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; BORGES, BAPTISTA, 2008).

No entanto, em diversas situações no Brasil, os dois modelos de Atenção Básica ainda convivem dentro de uma mesma UBS e, em São Paulo, as Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EESF) não abrangem todo o território, restando uma grande população que faz parte da área de abrangência das UBSs, mas não são cadastradas nas EESF, portanto são atendidas naquilo que se convencionou chamar de UBS Tradicional.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (Santos, Siqueira, 2010; Ministério da Saúde, 2010),

3% da população necessita de cuidados contínuos por viverem com transtornos mentais severos e persistentes e 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população.

Sem contar com estatísticas precisas, sabe-se que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais são atendidas na Atenção Básica (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e outras drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade e depressão) e que, ainda, essas equipes são, muitas vezes porta de entrada para o cuidado de transtornos mais graves.

Tornou-se então necessário, a partir dos anos 2000, uma articulação mais efetiva entre a Saúde Mental e a Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2007). Para isso foram criadas as “Duplas Matriciais”, para apoio das EESF. O apoio matricial (CHIAVERINI, 2011; CUNHA; SOUSA CAMPOS, 2011; MIRANDA, ONOCKO-CAMPOS, 2010; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009) constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes ESF, responsáveis pelo desenvolvimento das ações básicas de saúde para a população. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. Ampliar a clínica significa resgatar e valorizar outros parâmetros, que não apenas o biológico, na análise dos casos. Riscos sociais, ambientais e outros se incorporam à clínica (CAMPOS, DOMITTI, 2007; GOMES, 2006; CAMPOS, 2000).

As duplas matriciais foram ampliadas para equipes matriciais. Posteriormente, criou-se os NASF (Ministério da Saúde,

2008), que deve ser composto por profissionais de diferentes áreas, com formação de nível superior (Ministério da Saúde, s/d). A composição das equipes deve responder às necessidades locais da população. O NASF oferece apoio às EESF e deve priorizar atendimentos compartilhados, troca de experiências, saberes e ações comuns no território, articulando as EESF a outros serviços de saúde e outros setores no cuidado dos casos (em saúde mental a articulação com os CAPS é fundamental) (Ministério da Saúde, s/d).

No momento atual, numa metrópole como São Paulo, as EESF enfrentam grande demanda em atendimento a transtornos mentais, pois estão inseridas em áreas de vulnerabilidade social e devem estar capacitadas para este atendimento. A íntima ligação entre Saúde Mental e Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2003) reconhece a necessidade de prestar assistência aos problemas de saúde mental do coletivo, num determinado território, resultando em prevenção, promoção, reabilitação, redução de danos e proteção (Ministério da Saúde, 1990). Nesse contexto, a estratégia de apoio matricial é fundamental.

Conforme proposto por Campos (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2000), a categoria de apoio matricial propõe a reforma das organizações e do trabalho em saúde. O apoio matricial, objetivando aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde, provoca uma reformulação na organização dos serviços, de forma que as áreas especializadas (denominadas verticais) passem a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica (CUNHA; SOUSA CAMPOS, 2011; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2000)

O apoio matricial seria ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação clínica (CUNHA; CAMPOS, 2011), subvertendo o modelo médico

dominante (MIRANDA, ONOCKO-CAMPOS, 2010; Ministério da Saúde, 1990; GENTIL, 1999) que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos indiscriminados, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades. Visa ainda disparar a ampliação da clínica das equipes e reorientar a demanda para a saúde mental para uma lógica de co-responsabilização (MIRANDA, ONOCKO-CAMPOS, 2010; CAMPOS, 2000).

A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas os profissionais de saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutive das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso (Ministério da Saúde, 1990), garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário.

Considerando que a cobertura de ESF ainda não abrange todo o território nacional, permanecem dois modelos: UBS “tradicional” e ESF. As estratégias previstas e implementadas para garantir o matriciamento não foram estruturadas para a Atenção Básica no modelo tradicional, colocando desdobramentos importantes para a continuidade e integralidade do cuidado e para a intervenção multiprofissional das equipes que compõem essas Unidades. Resta aos municípios a criação de alternativas para o cuidado em saúde mental nesses casos.

As Equipes de Saúde das UBS que funcionam de acordo com a lógica tradicional de atendimento à saúde – com médicos generalistas, pediatras e ginecologistas, perderam com o tempo, psicólogos e psiquiatras, ficando sem suporte e apoio para demandas em Saúde Mental. As UBS em que estão in-

seridos estes profissionais carecem de um modelo organizado de assistência a transtornos mentais e abuso de drogas. Existe dificuldade de integração dos diferentes níveis de assistência e entre serviços como Unidades Básicas, CAPS e Hospitais. Ainda nesse contexto, as residências terapêuticas são insuficientes para que se prossiga mais rápido com a desinstitucionalização e reinserção social dos ex-moradores de grandes hospitais psiquiátricos.

Torna-se necessário entender, participar e organizar essa assistência, melhorar a qualidade da atenção, evitar os efeitos causados pela demora na identificação e adequado acompanhamento dos casos, reduzir o impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

## **Do desejo ao ato: a experimentação do matriciamento em uma UBS tradicional**

A experiência a ser descrita, acontece em uma UBS mista em São Paulo/SP, que tem parte de seu território coberto pela ESF e outra parte sem essa cobertura, sendo equipes distintas responsáveis por diferentes estratégias. A discussão aqui apresentada é relativa ao trabalho da UBS no modelo tradicional.

O sítio de localização da UBS é a Zona Norte do município, no distrito da Freguesia do Ó e Brasilândia, que atualmente conta com três CAPS. Há doze anos, o até então Ambulatório de Saúde Mental foi reestruturado para CAPS II Brasilândia (cuidado de adultos), seguido em 2009 pela inauguração do CAPS II Infantil Brasilândia e, em 2010, pelo CAPS III Álcool e outras Drogas. Além desses CAPS, o território conta com um CECCO.

A região é local de grande vulnerabilidade social e apresenta condições propícias ao desenvolvimento de transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas.

Para Deleuze (1997, p.73): “um território só interessa pelas saídas que oferece”, descreve-se a seguir, como surgiu a atual proposta de matriciamento. Surgiu do desejo!

Desejo antigo de alguns profissionais da UBS, que trabalham segundo a lógica tradicional, era ter um espaço para discussão de casos e cooperação para criar projetos terapêuticos singulares (Chiaverini, 2011), especialmente para os casos de saúde mental. Esses profissionais sentiam necessidade de apoio na coordenação de cuidados, principalmente dos casos mais complexos. Ao longo do tempo, a UBS do modelo tradicional foi perdendo seus profissionais especializados em saúde mental e as pessoas com sofrimento psíquico passaram a ser atendidas pelos clínicos, pediatras, ginecologistas, assistente social, educador em saúde e equipe de enfermagem.

Uma escuta mais qualificada nos atendimentos mais específicos foi gerando angústia aos profissionais, que se sentiam sozinhos no cuidado dessas pessoas, as quais traziam demandas para além de suas especialidades. Estabeleceu-se, então, um fluxo de encaminhamento via Supervisão Técnica de Saúde, que determinou inicialmente duas vagas semanais para encaminhamento à psicologia e duas à psiquiatria, sendo estes profissionais de UBS da região. Os profissionais responsáveis por esse agendamento foram a Assistente Social e o Educador em Saúde. As vagas logo se mostraram insuficientes devido à grande população atendida pela UBS (cerca de 60 mil pessoas) e a situação piorou quando em 2013 perdeu-se as vagas de psicologia. Gerando uma longa lista de espera. Os CAPS ficaram como retaguarda somente para casos em situação de crise e o Pronto Socorro com os casos agudizados e as emergências. Os crônicos, muitos medicalizados, ficaram sob a responsabilidade da UBS. Os casos seriam encaminhados pelos clínicos ao psiquiatra, quando houvesse necessidade de laudos para ob-

tenção de benefícios ou avaliação de terapêutica medicamentosa, sem necessariamente manterem-se num acompanhamento longitudinal especializado. Alguns casos se perderam.

A inserção do Programa de Educação para o Trabalho (PET) Saúde Mental, Álcool e outras Drogas neste contexto fez-se de maneira continuada e criativa a partir do encontro entre bolsistas e preceptores para o enfrentamento dos desafios da saúde mental na AB. Primeiramente, os bolsistas acompanharam o trabalho de uma preceptora na UBS tradicional. Dessa forma, as problemáticas identificadas foram compartilhadas nos encontros quinzenais entre preceptores, bolsistas e tutores abrindo espaço para a construção de alternativas de enfrentamento. Como proposta teve-se a criação do espaço de discussão de casos na própria UBS tradicional, que pudesse problematizar, quando necessário, os encaminhamentos imediatos para outro serviço e/ou dispositivo de saúde da região.

A gerência da UBS apoiou a iniciativa, reservando horário na agenda de dois médicos, inicialmente. Além disso, dois profissionais do NASF concordaram em participar dessas reuniões para discussão de casos. Após o estabelecimento desse formato inicial, foi marcada uma reunião entre os profissionais interessados, gerência da UBS e convidados todos aqueles que participam do acolhimento das pessoas com demandas em saúde mental na UBS. Esta 1ª. Reunião de pactuação aconteceu em junho de 2013.

A equipe da UBS colocou ao gerente o desejo de que outros profissionais de outros serviços de saúde pudessem participar da atividade. Este se comprometeu levar à reunião de gerentes de serviços da Supervisão Técnica de Saúde a solicitação aos gerentes dos CAPS e CECCO, que enviassem representantes, que seriam matriciadores e referência nestes serviços para os casos da UBS tradicional.

Claro estava a importância de estruturar um espaço específico para a UBS Tradicional ser apoiada no cuidado em saúde mental. A UBS tradicional não conta com o Agente Comunitário de Saúde. As visitas domiciliares – quando necessárias – são combinadas entre dois profissionais que se disponibilizam para tal, o que depende de agenda no serviço.

Uma vez firmado o acordo entre gerentes foi marcada a 1ª Reunião de Matriciamento da UBS Tradicional, em 03/07/2013 (essa experiência completou um ano). Nesta 1ª reunião estavam presentes o gerente, médicos e enfermeiros da UBS, CAPS infantil, CAPS AD, CAPS Adulto, NASF, dois bolsistas do PET, e uma graduanda do quinto ano de psicologia da PUC/SP, num total de 14 participantes. Nesta reunião algumas providências foram pactuadas: um fluxo interno para organizar a demanda espontânea, datas das próximas reuniões, criação de fichas-índice para registro dos casos discutidos, pactuação de registro detalhado nos prontuários dos usuários, lista de e-mails para possibilitar conversa antecipada entre os profissionais sobre os casos a serem discutidos.

As reuniões têm sido mensais (já aconteceram 12 encontros) com duração de 3 horas, com média de 12 profissionais participantes (com representantes de todos os CAPS), além dos bolsistas do PET. Foram discutidos 39 casos, dos quais, 24 em evolução. Por meio dessas reuniões, os projetos terapêuticos singulares foram traçados e pactuados no grupo.

Ao longo desses 12 meses surgiu a necessidade de incluir psiquiatras na discussão, porque uma questão bem frequente é a dúvida em relação à medicação. CAPS AD e Adulto disponibilizaram duas profissionais psiquiatras e ambas têm participado compondo o espaço.

O modelo dessa estratégia de matriciamento ainda está em construção, necessitando ainda de aprimoramento, com in-

clusão de temas teóricos para discussão e retomada mais frequente dos casos já vistos, inclusão de outros serviços, como aqueles da rede de Assistência Social e Educação, com objetivo de fortalecer a interdisciplinaridade, promover capacitação e legitimar o atendimento em rede.

É da opinião dos trabalhadores da UBS que a iniciativa é valiosa e que deve permanecer e ser lapidada. O espaço tranquiliza e divide a responsabilidade. Permite que o cuidado seja ampliado. Qualifica o atendimento. Acreditamos portanto, que na prática, a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado - chamando os outros serviços a participarem da criação de cada Projeto Terapêutico Singular (CHIAVERINI, 2011) - envolvendo e incluindo outros atores (CAMPOS, DOMITTI, 2007; GOMES, 2006; CAMPOS, 2000).

Essa percepção é reforçada na avaliação dos bolsistas que participaram desse processo:

“Sua implementação [reuniões mensais de matriciamento] foi trabalhosa, mas certamente foi um ganho ao serviço. Tornou-se não só um espaço de articulação da rede, mas também de muita troca. Pois antes, os profissionais se sentiam desamparados em relação aos casos de saúde mental e muitos casos se perdiam em meio a rotina extenuante de uma UBS tradicional. O apoio dos CAPS da região, de alguns psiquiatras e de outros profissionais envolvidos nos casos foi fundamental para ampliar a discussão da saúde mental no serviço e nortear os atendimentos”. (Bolsista 1)

As ações da Atenção Básica na assistência à saúde mental representam uma trajetória marcada por muitos elementos: o modelo de atenção à saúde (Tradicional ou ESF); o profis-

sional selecionado (que realizada a escuta, o acolhimento, que recebe a demanda); o usuário sob sua jurisdição (conhecimento do território de abrangência da UBS); os recursos do território formais ou informais; as relações que se estabelecem entre todos estes atores e uma produção de saúde que estimule as ações coletivas para impulsionar a qualidade de vida, minimizando riscos e marcando seu papel e de sua comunidade na transformação social.

Desde 2003, o Ministério da Saúde tem tomado este dispositivo (apoio matricial) como estratégia para modular a inserção da saúde mental na Atenção Básica e aprimorar a rede de saúde dos municípios (Conselho Regional de Medicina, 2006; Ministério da Saúde, 2003; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009). Assim, o apoio matricial deve promover uma interlocução entre os serviços de saúde mental, numa tentativa de organizar a rede e o processo de trabalho. Isso permite a horizontalidade das especialidades e que elas permeiem todo o campo das equipes de saúde, facilitando a vinculação do usuário aos serviços da rede, sem que haja a diluição de responsabilidades. Os casos são compartilhados promovendo um trabalho mais efetivo de prevenção e reabilitação (GOMES, 2006).

Para que ocorra a organização das ações do apoio matricial, o Ministério da Saúde propõe que nos municípios onde houver CAPS, ou outros serviços de saúde mental, os profissionais destas equipes desempenharão o Apoio Matricial junto à Atenção Básica (CHIAVERINI, 2011). Contudo, a realidade do apoio matricial se dá de forma heterogênea. Os CAPS que tem essa prática a efetivam de diferentes formas no que tange a maneira como serão estabelecidas as referências. Em determinados lugares essa divisão de trabalhadores para serem referências de uma determinada equipe da UBS se dá por território e micro regiões; em outros, essa divisão se dá conforme

a disponibilidade do trabalhador, não implicando a questão do território (GOMES, 2006).

Essa articulação entre apoio matricial e equipe de referência atualmente é vista como um desafio devido à complexidade que esse tema e essa ação suscitam, como por exemplo, a falta desse mecanismo articulado, ou de ações de capacitação efetiva, interferindo na qualidade da assistência prestada (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009).

A equipe de apoio matricial é, então, um arranjo na organização dos serviços, portanto um arranjo organizacional, uma forma de ampliar a oferta das ações de saúde, contemplado pela Estratégia Saúde da Família, e que se evidencia aqui no investimento e na tentativa de mudança da estrutura assistencial e gerencial. Mudança para superar o modelo tradicional em saúde, embora traga uma enorme distância entre as concepções teóricas elaboradas e a prática realizada no cotidiano.

Cabe à gestão pública qualificar a estruturação do sistema de apoio, o que é fundamental para fazer avançar programas que representarão a efetivação da política de Reforma Psiquiátrica.

Para se promover a necessária reorientação da assistência em saúde Mental no Brasil deve-se criar uma rede integral, não cabendo a efetividade de seu caráter substitutivo a um único serviço. O modelo de assistência e gestão que os serviços adotam deve dialogar com as necessidades e possibilidades dos usuários (Conselho Federal de Psicologia, 2000; GENTIL, 1999), e garantir o acesso em todos os níveis de atenção. Organizar essas ações, que envolvem essencialmente articulação de rede, a partir da atenção básica, torna-se um desafio especial para trabalhadores de UBS que não se estruturam a partir da ESF.

## Considerações Finais

O apoio matricial em Saúde Mental é uma estratégia de suporte técnico oferecido às equipes de Atenção Básica para subsidiar o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico e abuso de substâncias psicoativas, garantidos os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os matriciadores estão inseridos no território e, portanto, mais apropriados das singularidades de cada população e de suas necessidades em saúde.

Não se pode perder de vista, no entanto, que este mesmo suporte deve estar acessível e integrado aos diferentes modelos de atenção, oferecendo à população que apresenta demandas de cuidado em saúde mental uma assistência qualificada. Não deve transformar-se em solução eventualmente usada para suprir falta de profissionais. Deve, sim, consolidar-se como uma ferramenta válida e a serviço da horizontalização, de modo que os saberes integrados propiciem ao usuário assistido ajuda na reinserção social e na vida produtiva; e ao profissional de saúde, o suporte necessário para que se sinta seguro e respaldado em seu trabalho.

## Referências

- AMARANTE P. (Coord). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Edição (2). Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- BASAGLIA FO. Assistenza psiquiatrica: proposta de integrazione della lege 180. Prospettive Sociali e Sanitari (Milano)1988; 15:1-4.
- BASAGLIA'S Writing. B J Psych.(London) 1985; 146:246-254.
- BASSI M. The desinstitutionalization process in Italy. In: XI World Cong of Psychiatry; 1999; Hambourg, Germain,1999. p. 214.

BORGES CF, BAPTISTA TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Caderno de Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2008; 24 (2):456-468.

BRAVO MIS e MATOS MC. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In BRAVO, MIS e PEREIRA, PAP (orgs.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p.197-215.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. 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.

CAMPOS GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

CHIAVERINI DH (org.) Guia prático em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde:Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.

Conselho Federal de Psicologia. Fórum Nacional: como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, perspectivas e prioridades. Brasília,DF: 2000.

Conselho Regional de Medicina. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.[ internet], 2006 [acesso em 23 ago 2014] Disponível em [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo\\_diretrizes\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf).

CUNHA, G.T.; CAMPOS, GWS. Apoio Matricial e Atenção primária em saúde. Saúde e Sociedade, (São Paulo). 2011; 20 ( 4): 961-970.

DELEUZE G. Crítica e Clínica. São Paulo (SP): Ed. 34; 1997.

FIGUEIREDO MD, CAMPOS RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2009;14(1):129-138.

FREIRE COSTA J. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Xenon Eds; 1989.

GALLETTI MC. Os Centros de Convivência e Cooperativa – CECCO em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais. In: Mateus MD (org). Políticas de Saúde Mental Baseado no curso “Políticas públicas de saúde mental”, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, 159-168. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/outras-publicacoes>.

GENTIL V. Manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico?. *Jornal Psiquiatria Hoje* (Associação Brasileira de Psiquiatria). 2000; XXII (1): 10-18.

GENTIL V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de 'Reforma Psiquiátrica'. *Revista USP* (São Paulo). 1999; 43:6-23.

GOMES VG. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de campinas/SP. [Monografia]. Campinas (São Paulo): Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; 2006.

KAHHALE EMSP. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: Bock AMB (org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Edição (1). Petrópolis (RJ): Vozes; 2003. p. 161-190.

LUZ MT. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: Guimarães R (org.). *Saúde e Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1978. p. 157-174.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília; DF: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde Conselho Nacional De Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. [Internet]. Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, Brasília, DF: 2010, 210 p. [acesso em 23 ago 2014] Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVensmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVensmi_cns.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet] [acesso em 23 ago 2014]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde; Brasília, DF: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM DE 28 de março DE 2006. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2006. [acesso em 23 ago 2014] Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas, Departamento de atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção. Saúde Mental e Atenção Básica – O Vínculo e o Diálogo Necessários. [Internet] Brasília, DF: 2003. [acesso em 23 ago 2014]. Disponível em: [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Legislação em saúde Mental: 1990 – 2004. [internet] Brasil. 5ª. edição ampliada Brasília, DF: 2004. [acesso em 23 ago 2014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)

MIRANDA L, ONOCKO-CAMPOS RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Caderno Saúde Pública (Rio de Janeiro), 2010; 26(6):1153-1162.

NUNES ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Sociedade (São Paulo). 1994; 3 (2): 5-21.

NUNES M, JUCÁ VJ, VALENTIM CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderno de Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2007; 23 (10):2375-2384.

PAPESCHI RL. The Denial of the institution. A critical review of Franco

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2002. [acesso em 29 ago 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>.

ROCHA F. Hospício e Colônias do Juquery. São Paulo: Typogr. Brazil, Rothschild & C; 1912.

SANTOS ÉG, SIQUEIRA MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J. Bras. Psiquiatr. (Rio de Janeiro), 2010;59 (3): 238-246. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>

TAPAJÓS, R. História das políticas de saúde no Brasil. Vídeo.1982.

VASCONCELLOS EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. Ciência & Saúde Coletiva (RJ), 2013; 18(10): 2825-2835.



## **Sobre os autores:**

**Adriana Perez Ferreira Neto** - Acadêmica de Medicina.

**Adriane Marri de Lima** – Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Preceptora do PET-Saúde no Centro de Saúde de Primeiro de Maio – Belo Horizonte.

**Afonso Dinis Costa Passos** - Médico. Doutor em MEDICINA PREVENTIVA. Professor Titular na Universidade de São Paulo (USP).

**Alcindo Antônio Ferla** – Médico, Doutor em Educação, Professor Adjunto em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Alcindo José Rosa** - Psicólogo. Doutor em SAÚDE PÚBLICA. Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

**Alessandra Tanuri Magalhaes** - Fisioterapeuta. Doutora em EDUCAÇÃO. Professora na Universidade Federal do Piauí (UFPI).

**Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira** - Nutricionista. Mestre em NUTRIÇÃO EM SAÚDE. Professor Auxiliar da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**Ana Cristina Esteves Kammers** - Dentista. Mestra em ODONTOLOGIA. Professora na Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECO).

**Ana Ester Maria Melo Moreira** - Psicóloga. Mestra em SAÚDE PÚBLICA. Professora Substituta na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Paula Scaranelo - Acadêmica de Enfermagem.

**Andrezza Cristiane de Nardi** - Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas

**Antônio Medeiros Júnior** - Dentista. Doutor em CIÊNCIAS DA SAÚDE. Professor Associado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Aristides José Da Silva Junior** - Enfermeiro. Doutor em EDUCAÇÃO. Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

**Augusto Iglesias Ferreira Filho** - Acadêmico de Medicina.

**Augustus Relo de Mattos** - Médico. Mestre em SAÚDE NA COMUNIDADE. Professor na Universidade de São Paulo (USP).

**Bárbara Cristiane da Silva** - Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Barbara Visciglia Minghini** - Fisioterapeuta. Mestranda de FISIOTERAPIA.

**Beatriz Unfer** - Dentista. Doutora em ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL. Professora na Universidade de Santa Maria (UFSM).

**Bianca Mara Maruco Lins Leal** - Enfermeira, Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

**Bruno Mangini** - Acadêmico de Medicina.

**Camila Antunes Baccin** - Enfermeira. Doutoranda em ENFERMAGEM. Professora na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e na Universidade do Planalto Catarinense.

**Camila Ayume Cavalari** - Acadêmica de Medicina.

**Cintia Mendes Gama** - Nutricionista. Doutora em NUTRIÇÃO. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Claudia Helena Soares De Moraes Freitas** - Dentista. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Associada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**Claudia Lins Cardoso** - Psicóloga. Doutora em PSICOLOGIA. Professora Adjunta na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

**Cleidilene Ramos Magalhães** - Pedagoga. Pós-doutora em PSICOLOGIA. Professora Associada na Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

**Cristiane Magalhães Melo** - Economista. Mestra em MEDICINA VETERINÁRIA. Professora na Universidade Federal de Viçosa (UFV).

**Daniela Cardoso Tietzmann** - Nutricionista. Doutora em EPIDEMIOLOGIA. Professora Adjunta na Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCS-PA).

**Daniela Cristina Buss** – Fisioterapeuta pela Universidade do Sul de Santa Catarina.

**Delane Felinto Pitombeira** - Psicóloga. Doutoranda em SAÚDE COLETIVA. Professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Edna Maria Peters Kahhale** - Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1993). Coordenadora do LESSEX (Laboratório de Estudos de Saúde e Sexualidade), Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Elisa Zaneratto Rosa** - Psicóloga, doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora assistente mestre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Emilio Carlos Elias Baracat** - Médico. Doutor em SAÚDE DA CRIANÇA. Professor Associado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**Érica Roberta Fujito Urquiza** - Acadêmica de Medicina.

**Eugênia Bridget Gadelha Figueiredo** - Psicóloga. Doutoranda em PSICOLOGIA SOCIAL.

**Evirlene de Souza da Fonseca** - Sanitarista, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Fernanda Karla Metelski** – Enfermeira. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela Unochapecó. Professora na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

**Franklin Delano Soares Forte** - Dentista. Doutor em ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL. Professor Associado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**Gabriela Iwakura Martelli** - Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas.

**Gleice Borghesi Ducatti Perosa** - Médica, especialista em Medicina de Família e Comunidade.

**Gustavo P. Fraga** - Médico. Doutor em CIÊNCIAS DA CIRURGIA. Professor Associado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**Heider Aurélio Pinto** – Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no período de 2014-2016.

**Iramara Lima Ribeiro** - Nutricionista. Doutoranda em SAÚDE COLETIVA. Sanitarista na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Isabella Silva Almeida** - Preceptora do Pet Saúde III.

**Janaina Eleuterio Martins** - Preceptora do Pet Saúde III.

**Janise Braga Barros Ferreira** - Médica. Doutora em SAÚDE PÚBLICA. Professora na Universidade de São Paulo (USP).

**Joane Severo Ribeiro** - Fisioterapeuta. Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO. Professora Colaboradora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**João Bosco Filho** - Educador físico. Especialista em Pesquisa em Educação Física.

**João Paulo Macedo** - Acadêmico de Enfermagem.

Juliana Perpetuo Souza - Enfermeira.

**Karina Diniz Oliveira** - Médica. Doutora em CIÊNCIAS MÉDICAS. Professora na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**Laís Carolini Pauleski** - Acadêmica de Medicina.

**Liziane Maahs Flores** - Farmacêutica. Doutora em CIÊNCIAS MÉDICAS. Professora Adjunta na Universidade de Santa Maria (UFSM).

**Lucia Conde Oliveira** - Assistente social. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Adjunta na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Luciana Cisoto Ribeiro** - Nutricionista. Doutora em CIÊNCIAS. Professora na Universidade de São Paulo (USP).

**Luciane Loures Santos** - Médica. Doutora em CIÊNCIAS MÉDICAS. Professora na Universidade de São Paulo (USP).

**Luis Antonio Sangioni** - Médico Veterinário. Doutor em EPIDEMIOLOGIA EXPERIMENTAL APLICADA A ZOONOSES. Professor Associado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Maíra Almeida Carvalho** – Acadêmica em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

**Márcia Luíza Pit Dal Magro** - Psicóloga. Doutora em PSICOLOGIA. Professora na Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECO).

**Maria Barbosa Peixoto** - Enfermeira. Mestra em SAÚDE PÚBLICA. Professora Adjunta na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Maria Conceição De Oliveira** - Nutricionista. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Associada na Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

**Maria Cristina Gonçalves Vicentin** - Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (2002) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Maria Cristina Pinto De Jesus** - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Professora Titular na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

**Maria Do Socorro De Sousa** - Pedagoga. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Colaboradora na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Maria Laura Aguilar de Santana** - Acadêmica de Medicina.

**Maria Marques Ávila** - Nutricionista. Pós-doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Permanente na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Marina Alves Andrade Ferreira** - Graduação em Farmácia pela UFMG.

**Marinel Mór Dall’Agnol** - Médica. Mestra em EPIDEMIOLOGIA. Professora Adjunta na Universidade de Santa Maria (UFSM).

**Marisa Barletto** - Psicóloga. Doutora em EDUCAÇÃO. Professora na Universidade Federal de Viçosa (UFV).

**Marisa Batista Brighenti** - Nutricionista. Mestra em MICROBIOLOGIA AGRÍCOLA.

**Mirian Aurélia Linares** - Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Naiara Oliveira Dib - Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Nathália Ligia Amorim Macedo** - Acadêmica de Medicina.

**Paula Bevilacqua** - Médica Veterinária. Doutora em CIÊNCIA ANIMAL. Professora na Universidade Federal de Viçosa (UFV).

**Renata Cruz Soares Azevedo** - Médica. Doutora em CIÊNCIAS MÉDICAS. Professora na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**Renata Lourdes Ribeiro Franco Lamy** – Mestre em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/Fiocruz.

**Rosana Alves Vilar** - Enfermeira. Doutora em CIÊNCIAS SOCIAIS. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Scheila Marcon** - Farmacêutica. Mestranda de CIÊNCIAS DA SAÚDE. Professora na Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECO).

**Silvia Regina Rocha** - Psicóloga, especialista em Terapia Comunitária.

**Sindy Longo** - Dentista. Especialista em SAÚDE DA FAMÍLIA. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Chapecó, SC.

**Sonimary Nunes Arruda** - Enfermeira. Mestra em EDUCAÇÃO. Professora na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

**Stela Nazareth Meneghel** - Médica, Doutora em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pós-doutora em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona (2005/6). Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

**Sueli Maria Dos Reis Santos** - Enfermeira. Doutora em COMUNICAÇÃO. Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

**Suian De Liz Gonzaga Dos Santos** - Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor titular da Universidade do Planalto Catarinense.

**Taísa Gomes Ferreira** - Terapeuta Ocupacional. Mestra em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO. Professora Assistente na Universidade de Santa Maria (UFSM).

**Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa** - Dentista. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora Adjunta na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**Thaís Pereira Goulart** - Assistente Social. Mestranda em SAÚDE COLETIVA.

**Thiago Estivalet Braga** - Graduando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Vitoria Carneiro Gimenes** - Acadêmica de Medicina