

CADERNOS DA SAÚDE COLETIVA

# REDES VIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE:

Relatos e vivências da integração  
Universidade e Sistema de Saúde



Organizadores

**Alcindo Antônio Ferla**  
**Cristianne Maria Famer Rocha**  
**Miriam Thais Guterres Dias**  
**Liliane Maria dos Santos**

# REDES VIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE:

Relatos e vivências da integração  
Universidade e Sistema de Saúde

**Alcindo Antônio Ferla  
Cristianne Maria Famer Rocha  
Míriam Thaís Guterres Dias  
Liliane Maria dos Santos**

Organizadores

editora



redeunida

1ª edição

Porto Alegre, 2015



**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla

**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 Llorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha  
 Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América  
 Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
 Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
 Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
 João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
 Julio 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  
 Liliansa Santos - Universidade Federal da Bahia, 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 de Ceará, Brasil  
 Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
 Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil  
 Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil  
 Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil  
 Vanderlêia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
 Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
 Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar  
 João Becon de Almeida Neto

**Capa e diagramação**

Raquel Amsberg de Almeida

**Revisão:**

Priscilla Konat Zorzi

**Impressão:**

Ideograf

**Bibliotecária Responsável:**

Jacira Gil Bernardes

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2015 by Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Miriam Thais Guterres Dias, Liliansa Maria dos Santos

**DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

R314 Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde / Organizadores : Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Miriam Thais Guterres Dias, Liliansa Maria dos Santos  
 – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.  
 200 p. : il. – (Cadernos da Saúde Coletiva ; 4)

ISBN 978-85-66659-31-3

1. Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Universidade. 5. Sistema de saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Dias, Miriam Thais Guterres, IV. Santos, Liliansa Maria dos. V. Série. NLM WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

SUMÁRIO

<b>Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção</b>	9
Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Miriam Thais Guterres Dias, Liliansa Maria dos Santos	
<b>Caminhos da Construção da Rede de Integração Ensino e Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS</b>	22
José Mario D'Ávila Neves, Lilia Maria Woitikoski Azzi	
<b>Inovações na Formação em Saúde</b>	29
<b>Inovação na Formação Interdisciplinar em Saúde: a experiência intercurricular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre, RS</b>	31
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Alzira Maria Baptista Lewgoy	
<b>A Formação em Fisioterapia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: relato de experiências das disciplinas “Saúde e Cidadania” no território de saúde</b>	40
Luciana Laureano Paiva, Angela Ghisleni, Keila Deon, Cláudia Candotti, Adriane Vieira, Luiz Fernando Alvarenga	
<b>Saúde e Cidadania: (re)desenhando intervenções fisioterapêuticas no contexto da formação na Saúde da Família de Porto Alegre, RS</b>	46
Jorge Luiz de Andrade Trindade, Alexandre Simões Dias	
<b>Atuação do Bacharel em Saúde Coletiva em Cenário de Promoção, Vigilância e Educação em Saúde dentro de um Complexo Hospitalar</b>	52
Adriana Alves Novakowski, Luciana Barcellos Teixeira	

<b>Curso de Especialização em Atenção Especializada: um novo desafio para a Odontologia e o Sistema Único de Saúde</b>	58
Catia Rubinstein Selistre, Ana Maria Jaeger Sant'anna, Angela Maria Antunes Nunes, Vania Maria Aita de Lemos	
<b>Inovações na Educação pelo Trabalho no Sistema Único de Saúde</b>	65
<b>Ações do “PET Cegonha” no Programa de Triagem Neonatal</b>	67
Mariene Jaeger Riffel, Helga Geremias Gouveia, Carmen Maria Tomazelli Lunardi, Evelyne Duarte	
<b>“PET Gestão”: caminhos na construção de saberes</b>	78
Janaina Trindade Costa, Juliana Karine Rodrigues Strada, Liliane Maria dos Santos	
<b>Relato de Experiência no “PET Tuberculose”</b>	85
Bruna Caon Gentil, Camila Spido da Silva, Fabiano Brufatto Lopes, Laura Henz Bohn, Vinicius Maximiliano	
<b>Um Olhar dos Profissionais da Saúde da Família sobre os Benefícios da Fonoaudiologia: uma experiência do PET</b>	90
Marcio Pezzini França, Amanda Lisbôa Marques da Silva	
<b>Experiências de Integração Ensino-Serviço</b>	95
<b>Programa de Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde (PEPACS): experiência em Porto Alegre, RS</b>	97
Mário Luiz Garcia Martins, Lilian Cristina Bittencourt de Souza, Cristina Melendo Beck, Jullien Dábini Lacerda de Almeida, Mateus Aparecido de Faria, Douglas Marcos Pereira de Paula, Mayna Yaçanã Borges de Ávila, Cristianne Maria Famer Rocha	
<b>Horto Ecológico: natureza, vivências e aprendizados</b>	103
Caroline Almeida dos Santos, Janaina Giordani Longhi, Paula Cristina Nilsson Meirelles, Gema Conte Piccinini	
<b>Parceria Ensino-Serviço: a construção do cuidado das profissionais do sexo</b>	110
Gustavo Vargas, Vinicius Luzzi, Kelem Liliane Martins Severo, Leila Terezinha Campelo Fernandes, Simone Avila, Aline Dutra, Sílvia Cypriano Vasconcellos, Raquel Oliveira Lima	
<b>Contar e Cuidar é só Começar: contando histórias em Saúde</b>	115
Juliano Figueira da Silva, Mérope Bortolotto Dal Lago, Viviane Mozzatto	
<b>Propondo mudanças na rede de serviço que atende usuários com lesão de pele nos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre, RS</b>	123
Celita Rosa Bonatto, Cintia Ferreira, Deborah Dias Garcia, Denise Tolfo Silveira, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Érika da Rosa dos Santos, Lia Trajano, Marsam Alves Texeira, Patrícia Venzon	

<b>Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na Rede de Atenção Básica</b>	135
Ana Paula Gossmann Bortoletti, Arthur Alves de Teixeira, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Marsam Alves de Teixeira, William Rogério Aretz Brum	
<b>Utilizando o WhatsApp em registros de lesões de pele como forma de agilizar o atendimento ao usuário</b>	143
Celita Rosa, Cintia Ferreira, Claudiane Ochoa, William Dartora, Deborah Dias Garcia, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Érika da Rosa dos Santos, Patrícia Venzon	
<b>Redes de Atenção em Saúde Mental</b>	147
<b>Ressignificando Redes: a vivência de monitores PET no itinerário de usuários de Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas</b>	149
Aline Monique Hessel, Deise Cardoso Nunes, Marcio Pezzini França, Priscila Siebeneichler, Nina Lewkowicz, Mariana Tesch Koetz, Larissa de Moraes Gonzaga	
<b>Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Porto Alegre, RS: perfil e desfecho</b>	156
Míriam Thaís Guterres Dias, Stela Nazareth Meneghel, Roger Flores Cecccon, Estela Maris Gruske Junges, Mayna Yaçanã Borges de Ávila, Stefania Rosa, Valdir Moreira, Raíssa Barbieri Ballejo Canto	
<b>Demandas em Saúde Mental na Atenção Básica na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre, RS</b>	166
Simone Martins de Castro, Rosemarie Gartner Tschiedel, Maria Walderez la Salvia, Luciana Pereira Regner, Jéssica Hilário de Lima, Elaine Rosner Silveira, Mérope Bortolotto Dal Lago, Viviane Mozzatto, Ana Cláudia Fuhrmann, Biana Vasconcellos Lauda, Natália Ebeling, Bárbara Melissa Pereira da Silva, Gabriela Ferreira Pereira, Monique Scapinello, Giane Camargo, Juliano Figueira da Silva, Katiele Orso, Danielle Santos Kroeff, Luiza Soares Guterres Lima, Grazielle Mota Rodrigues	
<b>Atualizar e Avaliar: Essencial no Ensino-Serviço</b>	173
<b>Existe um bom momento para fazer uma atualização em serviço?</b>	175
Isabel Cristina Hentges, Ana Luísa Petersen Cogo	
<b>Avaliação de Indicadores de Saúde Bucal: estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família</b>	182
Cláudia Sartori, Andressa Martins Valim, Fernando Ritter, Vinicius Antério Graff, Cristine Maria Warmling	



## REDES VIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE E A INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE E SISTEMA LOCAL DE SAÚDE: SABERES LOCAIS E MÚLTIPLAS SAÚDES COMO CAPACIDADE PROFISSIONAL E COMO ATRIBUTO DAS REDES DE ATENÇÃO

Alcindo Antônio Ferla  
Cristianne Maria Famer Rocha  
Míriam Thaís Guterres Dias  
Liliane Maria dos Santos

Oferecemos ao leitor uma coletânea de textos sobre a integração ensino e sistema local de saúde, que é, ao mesmo tempo, uma diretriz das políticas da educação e da saúde para a formação dos trabalhadores da área e uma estratégia de qualificação do ensino na saúde. Aqui na coletânea, temos um dossiê de iniciativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com o Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, particularmente com as Gerências Distritais Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro da Secretaria Municipal de Saúde. Não apenas de relatos das diferentes experiências realizadas, mas o esforço de traduzir em textos a intensa reflexão que se faz sobre elas.

Refletir sobre a integração do ensino com os serviços, na verdade da universidade com os sistemas locais de saúde, provoca o pensamento para, inicialmente, colocar em questão a própria separação entre o ensino e os serviços, ou, ao menos, as posições de externalidade entre ambos, ditas ou tornadas visíveis constantemente, e, na sequência, analisar os contextos e o cotidiano da universidade e do sistema local de saúde. Falamos da necessidade de integração nos documentos oficiais e nas análises teóricas e empíricas para afirmar uma aproximação ou a qualificação de iniciativas incipientes e/ou isoladas de parcerias. Falamos de integração para dizer de avanços necessários na implementação de uma política de

efetiva articulação, com borramento importante das fronteiras institucionais, de tal forma que se evidencie um Sistema Único de Saúde (SUS) efetivamente formador, com uma grande transversalidade entre o ensino e o trabalho em saúde, e com uma pluralidade institucional que abarque o campo da formação dos trabalhadores da saúde. Necessidade, sobretudo, para acompanhar as grandes e rápidas transformações no mundo do trabalho na saúde e pela insuficiência da formação para o mundo do trabalho. De certa forma, falamos de integração para designar uma aproximação de natureza distinta da que se observa na maior parte das situações. Se o lastro da aproximação são as políticas e a prospecção do sistema de saúde, para nos aproximarmos tentativamente do ingresso dos nossos alunos no mundo do trabalho, a aproximação não pode mais corresponder a um ou outro “serviço de saúde” isoladamente, mas às redes de atenção e, mais do que isso, a sistemas locais de saúde, ou seja, ao conjunto de recursos de saúde e demais políticas sociais que oferecem ações para as pessoas, de regras e organizações que gerem esses serviços, dos modos como esses impactam o território e se relacionam com as pessoas.

A formação profissional em saúde, ao menos na modernidade e no mundo ocidental, nasce dentro de um serviço e num momento de transformação. Michel Foucault (1979) descreve que entre as condições para a transformação do hospital assistencial, de cunho religioso e voltado à assistência espiritual de pobres doentes, para o hospital médico, voltado à assistência às doenças, inclui-se, com algum destaque, justamente a presença do médico residente e o estudo regular dos registros sistemáticos da evolução dos adoecimentos, que também começam a surgir no interior do hospital. Inicialmente, para essa transformação, o hospital, o modo como se inseria nas cidades e se organizava tornaram-se objeto de análise e produção de conhecimentos. A emergência de uma “ciência das doenças” foi condição de descolamento do modelo de práticas assistencial-religiosas para o modelo biomédico, que foi amplamente expandido e *modelizou* a formação dos profissionais depois do chamado Relatório Flexner, em 1910 (FERLA, 2007). As possibilidades de outras saúdes, como vividas e significadas por outros códigos e signos fora do hospital médico, foram perdendo legitimidade. O interesse aqui não é constituir uma ligação para uma revisão teórica das articulações entre formação e práticas no modelo biomédico, tarefa que a literatura já realiza com maestria. O que nos interessa é relembrar o nexos que existe entre a transformação do hospital (e do sistema de saúde, que estava

centrado e praticamente constituído pelo mesmo) e a emergência de um saber *territorializado* nesse serviço/sistema, como nos apresenta Foucault (1979) e um certo padrão de saúde, que passou a operar no interior das práticas de cuidado. Interessamos considerar a natureza desse conhecimento produzido no hospital e a relação com a transformação do sistema de cuidados, que passa a ser centrado nesse serviço.

Esse saber não é um saber de natureza genérica; é bem específico e contextualizado. É um saber disciplinar, recortado na especialidade, centrado na doença e constitutivamente colocado em relação de poder com outros saberes. O lugar ocupado na Idade Média pelo dogma passa a ser tomado pelo discurso demonstrativo da ciência biomédica, que emerge da análise dos registros e da “nova” experiência no ambiente hospitalar. A força de evidência desse saber, simbolizada pela demonstração de uma morte que se produz no corpo e na materialidade da existência, ao contrário do que se dizia na Idade Média, impacta as práticas de saúde, os imaginários e a cultura das sociedades. E isso está associado ao poder de uso do discurso centrado nessa lógica para a organização do trabalho no hospital, suas hierarquias e seus pertencimentos, bem como sua inserção no interior da cidade (FERLA, OLIVEIRA & LEMOS, 2011).

Ao mesmo tempo em que esse saber se constrói, ele estrutura o processo de trabalho e define as condições de institucionalidade daquele serviço (o hospital). É um saber que, na relação com o usuário (submetido à condição de *paciente*) constrói um processo de trabalho do tipo *queixa-conduta/problema-solução*, onde uma demanda, para ser válida, precisa adquirir o formato definido na internalidade desse conhecimento e, uma vez validada e classificada, gera uma resposta válida (Ceccim & Ferla, 2008). Ou seja, não é a dor ou o sofrimento concreto do usuário que desencadeia as ações de cuidado; é a apreensão e validação dessa demanda no conjunto de códigos do conhecimento vigente que o faz. Madel Luz (2000), no seu estudo clássico sobre racionalidades médicas, demonstra a existência de outros modos de organizar o cuidado em sistemas de saúde complexos vigentes na contemporaneidade, comparando a medicina moderna ocidental, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurveda. Esse é apenas o modo vigente de fazer isso no modelo da medicina científica ocidental moderna. Claro que outras variáveis cruzaram, durante a história, o modelo da medicina ocidental moderna, seus conhecimentos e suas práticas. Mas claro também é que esse modelo ainda está vigente no nosso meio, operando não apenas na formação e na prática



dos profissionais médicos, mas de grande parte dos demais que atuam nos sistemas e nos serviços de saúde. E é a essa vigência/hegemonia que se opõe as diretrizes de mudança.

Ainda hoje, o hospital de ensino é o campo prioritário de práticas, com o maior tempo de exposição, principalmente nos cursos de medicina e enfermagem. Outros cursos foram surgindo e buscando serviços distintos de apoio à formação. A área da saúde também vai convidando outras formações para atuarem no seu interior. Mas há um problema que se repete, relativo à lógica da articulação entre a formação e o trabalho, entre a ciência e o mundo do trabalho. Parece necessário destacar duas dimensões desse problema: uma delas é a suposta separação teoria e prática, onde o mundo do trabalho aparece como campo de adestramento/repetição das práticas, para identificar nela uma “queixa sintomática” derivada da natureza e da lógica da relação formação-trabalho; e outra é a rápida e enorme diversificação de serviços nos sistemas de saúde que desafia constantemente a produção de novos conhecimentos e tecnologias e, portanto, também a formação profissional.

Em relação ao que se tem denominado de separação teoria e prática, trata-se de um fenômeno que, na verdade, separa dois tipos distintos de práticas: a prática de transmissão de conhecimentos e informações sobre técnicas e tecnologias (que, afinal, é uma prática de transmissão de teorias e dos conceitos e valores que as embasam), normalmente realizada em sala de aula ou em ambientes mais acadêmicos; e a prática propriamente dita, ou seja, a aplicação do conhecimento ou o adestramento às técnicas apreendidas antes e no ambiente escolar (uma espécie de prática de aplicação de teorias), mais comumente feita em laboratórios e em serviços. A lógica da produção de conhecimento na modernidade como prática social é muito bem analisada e descrita por Madel Luz, no seu clássico “Natural, racional, social” (LUZ, 2004), que também atualiza a análise para a área da saúde. A racionalidade científica moderna e a razão médica ocidental moderna, além de contemporâneas (tornaram-se vigentes na modernidade, mas com marcas estruturantes no Renascimento, como nos recorda Madel Luz) e conterrâneas (o mundo ocidental) no seu “apogeu”, também compartilham um quadro de categorias, conceitos e teorias disciplinares, que são postas em operação por meio de diversas instituições. Essas funcionam como “dispositivo disciplinar” (“formando o arcabouço de poder simbólico e jurídico”), por meio do enquadramento de “sujeitos sociais existentes, quando não criando outros, que são instituídos como objetos de intervenção desses saberes

e práticas” produzidos no contexto da racionalidade vigente (pág. 17). Ou seja, há uma certa tautologia aqui, já que o conhecimento é produzido com base num conjunto de condições que não corresponde ao cotidiano da produção da saúde e da doença e ele tende a produzir as condições ideais da sua gênese no contexto em que é aplicado. Essa tautologia é mediada por um conjunto de instituições, como se verifica na sequência.

Madel Luz (2004) constatou que essas instituições podem estar ligadas diretamente ao saber médico, como hospitais ou escolas médicas, ou “ao ensino, à regulação do comportamento, dos sentimentos e da vontade” (p. 17), ligadas a outras áreas de conhecimento, mas que operam com um “quadro de verdades”, teorias e noções que são, ao mesmo tempo, “biológicas” e “sociais”, de forma entrosada, reforçando imaginários e construindo realidades e sujeitos sociais em diversas áreas de conhecimento e campos de atuação. Ou seja, não há uma dimensão superior e neutra, da ciência, e outra, mundana e impura, das práticas. Temos práticas científicas e práticas no interior dos serviços, com base em verdades disciplinares, que operam para produzir sujeitos e os próprios contextos em que se situam. A noção de separação entre teoria e prática, patrocinada por algumas análises institucionais e que dá texto para as queixas de parte dos estudantes, é mais um artefato do padrão de racionalidade vigente, que dispersa a visibilidade de que o problema é o divórcio entre essas práticas, em particular quando o “mundo do trabalho” resiste a se tornar apenas o campo de aplicação da ciência ou da técnica. Também torna invisível a origem da matriz de conhecimento e o modo como ela opera em instituições e, mesmo, no mundo do trabalho, de forma a transcender as profissões. Talvez advenha daí a dificuldade institucional de integrar as diferentes formações profissionais e ampliar a visibilidade das insuficiências do modelo vigente em cada uma e em todas.

Pois bem, vivemos nos últimos anos, nos sistemas de saúde da maior parte dos países, momentos de rápida multiplicação de serviços de naturezas distintas, com ênfase na atenção básica, mas com a necessidade de operação em rede, que gera uma grande mudança nos modos de organização do trabalho. Ou seja, o “mundo do trabalho”, rapidamente diversificado, não opera apenas como resultado do “desenvolvimento” do conhecimento produzido. Em parte pelo distanciamento com a “pureza” do ambiente original do conhecimento biomédico que atravessa a formação de diversas profissões. Em parte pela visibilidade de um conjunto maior e mais complexo de questões que estão

relacionadas à produção de saúde e, mesmo, ao tratamento das doenças. Essas questões, para fins de planejamento e análise das condições de saúde, são referidas a territórios concretos.

O *território* (entendido não apenas como espaço geográfico, mas também como rede de pessoas e instituições que, na organização do sistema de saúde, está relacionado a um conjunto de serviços) que é considerado para pensar o trabalho em saúde, agora, é mais híbrido (no sentido de *diverso* do ambiente hospitalar padronizado e no sentido de que essa diversidade é  *muito ampla*, não se esgota na simples categorização dos serviços, já que serviços de diferentes categorias têm diversidade de entornos e relações, que mudam a sua natureza) e, além de híbrido, ele se constitui constantemente por meio de relações entre os próprios serviços e com os modos de existir e andar a vida das pessoas nos territórios em que estão inseridas. Sim, porque é preciso lembrar que, agora, não é mais a evolução da doença no interior do ambiente hospitalar o que define e caracteriza a demanda para o trabalho em saúde; é o território de existência das pessoas, vivo e vivido, em que diferentes tipos de serviço se inserem e inserem nele vetores de força que também interferem na sua constituição. Dizemos que os territórios são vivos e vividos, com base em Milton Santos (1994), mas também que a saúde é complexa e movediça (FERLA, 2007).

Esses enunciados produzem para a lógica do problema-solução uma sobrecarga que a compromete mortalmente. Não é mais essa a lógica que o trabalho precisa operar; entretanto, o saber não é só conteúdo aplicado, ele constitui os processos de trabalho e, assim, temos uma vigência precária, sustentada por forças do interior do modelo predominante, mas muito desgastada pela complexidade da produção da saúde no cotidiano do território (dos diferentes territórios, que além de sua natureza movediça, também há uma enorme diversidade nas dimensões continentais do país). Essa provavelmente seja a melhor expressão do que tem se chamado de separação entre teoria e prática; na verdade, um problema agudo de distanciamento entre o saber instrumental pretensamente portador da verdade da ciência disciplinar, que pretende aplicação universal no mundo do trabalho, e o mundo do trabalho, complexo, que requer novos e distintos conhecimentos para novos e diversos modos de funcionamento.

A ação profissional no trabalho precisa ser capaz de identificar diferentes constituições de saúde e diferentes demandas por cuidado, independente de idênticas classificações nosológicas, organizar-se a partir de distintos trabalhadores (diferenças culturais, morais, de formação e de posições políticas) e

diversas condições físicas e tecnológicas. Há uma demanda de conhecimentos interdisciplinares e mestiços (híbridos entre diferentes saberes), mas que também tenham capacidade de se refazer constantemente, uma vez que a complexidade das relações no cotidiano do trabalho muda a natureza dos problemas. Há, na relação conhecimento/trabalho (e também ensino/trabalho) um impasse que se poderia classificar como de descontinuidades (disciplinar/interdisciplinar; profissional/multiprofissional; instrumental/complexo; etc.). A articulação entre o ensino e a formação, entre o mundo do trabalho e o mundo do conhecimento, terá que se tornar – como vem acontecendo – não apenas espaço de aplicação, mas objeto de análise.

Para superar o impasse, diferentes políticas de educação foram sendo implementadas nos últimos anos, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, além de outras iniciativas. Das experiências IDA (Integração Docente-Assistencial) e UNI (Uma Nova Iniciativa para a Formação de Profissionais de Saúde: Integração com a Comunidade) e modelos de saúde comunitária, onde a formação estava muito próxima da prática, migramos para a saúde da família, com inúmeras residências médicas e em área profissional da saúde (uni e multiprofissionais) e polos específicos de formação, além das Diretrizes Curriculares Nacionais, entre outras. Políticas da saúde para a formação profissional também foram sendo formuladas. O Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (Promed), de 2002; a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (Educação Permanente em Saúde), em 2003; o AprenderSUS – O SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Ministério da Saúde, 2004b); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde), em 2005; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); o fortalecimento das Residências em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional), o incremento da formação em saúde da família, entre outras, são iniciativas com protagonismo importante do Ministério da Saúde, frequentemente em parceria com o Ministério da Educação (Brasil, 2004). Esse conjunto de iniciativas teve variação de abrangência, duração, efeitos e concepções, com maior ou menor capacidade de diálogo com as iniciativas locais. Mas é evidente que pretendem produzir mudanças na formação das profissões da saúde e também aproximações da formação com o trabalho. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), do Ministério da Saúde, em 2003, foi marco da visibilidade não apenas da consciência institucional da



separação educação e trabalho, mas também da decisão política de incrementar iniciativas para a superação do distanciamento entre ambas, como já dito anteriormente.

Entre todas as iniciativas formatadas como políticas governamentais para a formação das profissões da saúde, embasadas que foram na percepção de distâncias e incompatibilidades entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, a Educação Permanente em Saúde é referenciada numa construção epistemológica de maior densidade, quando comparada com as demais. Não é apenas a constatação do distanciamento que opera nessa política. Há também uma teoria de aprendizagem e uma problematização do lugar do ensino no mundo do trabalho (CECCIM & FERLA, 2008). A figura do quadrilátero (CECCIM & FEUERWERKER, 2004) é paradigmática nesse sentido, quando descreve as quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde: uma dimensão de atenção, que supera a dimensão da assistência às doenças e se refere às intervenções sobre a saúde; uma dimensão de gestão, que se refere às escolhas necessárias e sempre presentes no trabalho em saúde, seja na direção dos serviços ou na organização de práticas; uma dimensão de participação, relativa à necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores; e uma dimensão do ensino, relativo às aprendizagens e o modo como se inserem no mundo do trabalho. O desafio à formação é que esses quatro vértices estão sempre em movimento, constituindo uma mandala (CECCIM & FERLA, 2008), onde as dimensões descritas não apenas estão trocando de lugar, como se interpenetrando. Assim, o conceito do quadrilátero é, na realidade, como dizem os autores, uma teoria que parte da análise crítica da formação, mas que também se constitui num modo de produzir inovações e o desenvolvimento do trabalho.

A Educação Permanente é a aprendizagem que se faz ininterruptamente no mundo do trabalho e que se torna significativa, por interrogar a questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano. As Diretrizes Curriculares para diversos dos cursos da área da saúde dizem de uma capacidade geral de aprender a aprender, para afirmar a necessidade de que o ensino produza também o atributo profissional de produzir conhecimentos no cotidiano do trabalho. Diferente disso, porque mais radical, a Educação Permanente fala da gestão da aprendizagem no cotidiano do trabalho, que gera o desenvolvimento do trabalho e não apenas a qualificação do trabalhador. Merhy (2002) nos ajuda a esclarecer ainda mais essa

condição de aprendizagem no cotidiano como desenvolvimento do trabalho, quando torna visível a dimensão micropolítica do trabalho em saúde. Para esse autor, diferentes naturezas tecnológicas compõem o “cardápio” de ofertas dos serviços para o cuidado (também para a gestão, para a participação e, por certo, para o ensino). Entre essas, as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais), as tecnologias leve-duras (saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (tecnologias das relações, como vínculo, acolhimento e autonomização). Um cuidado voltado para a integralidade, segundo Merhy (2002) tem uma combinação dessas três tecnologias, mas a gestão da resposta deve ser feita com base nas tecnologias leves. Ora, tecnologias leves não pertencem à ordem dos aprendizados sustentadas por conhecimentos disciplinares, mas à vivência, à experimentação de trabalho vivo, trabalho criativo. É preciso ultrapassar a fronteira dos conhecimentos que pretendem traduzir a verdade da ciência para a aprendizagem na dimensão micropolítica do trabalho, condição que somente se expressa em ato e acumula na ordem das aprendizagens como sensação, afeto e afetação. A complexidade dessa ordem de aprendizagens dá o sentido da proposição da educação na saúde como novo domínio de conhecimentos, atravessado pela educação e pela cidadania (CECCIM & FERLA, 2008).

Retornando ao nosso problema inicial, a integração ensino e sistema local de saúde (não será mais adequado informar “serviços” como o complemento da integração, uma vez que a figura do quadrilátero diz que a atenção precisa ser/é atravessada pelos demais vértices, caracterizando um híbrido que supera a missão visível dos serviços), essa construção conceitual nos falará da importância de produzir conexões no cotidiano do trabalho, em particular em períodos de transformação, como o que passamos agora. É de grande potência pensar que esse é um momento singular de produzir, no cotidiano da articulação ensino/sistema de saúde, conhecimentos contemporâneos e conterrâneos às novas configurações do sistema de saúde. Se o sistema local de saúde não é apenas o lugar da aplicação do conhecimento e da técnica, mas o lugar da aprendizagem, os principais atributos para a formação de profissionais não serão mais da ordem das condições físicas e tecnológicas, mas da capacidade de aposta e transformação do próprio trabalho, a disponibilidade das equipes em refletir sobre o cotidiano e construir soluções para as questões que o atravessam. Nesse contexto, as organizações e os grupos de trabalho do sistema

local e os atores da universidade, ao estabelecerem relações de aprendizagem recíproca, enlaçam uma rede de aprendizagens para as questões do cotidiano, de aprendizagem significativa. Saberes de lado a lado conectam essa rede. Ou seja, trata-se de analisar permanentemente o cotidiano do trabalho, destacar situações que mobilizam seus atores, construir teias de saberes locais, desenvolver tecnologias e iniciativas para superar essas questões, monitorá-las e avalia-las mas, também e predominantemente, produzir e compartilhar conhecimentos a partir dessas experimentações. As redes ensino e sistema local precisam ser redes de conhecimentos, para consolidar aprendizagens e para se renovar.

Falamos aqui de uma rede quente, no sentido de intervenções produtoras da capacidade de “operar em rede” e de “produzir experimentações” capazes de transformar o cotidiano do serviço e da formação. É com essa abrangência que a educação permanente retorna em projetos nacionais de indução à mudança, propostos pelos Ministérios da Saúde e Educação, e é essa a melhor explicação do esforço teórico, empírico e, mesmo, epistemológico que buscamos nessa coletânea de experiências.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) assumiu, pela sua condição de liderança acadêmica e pelo seu compromisso social, a radicalidade da experimentação do que está registrado na legislação nacional sobre o ensino na saúde. A criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), articulando cursos e projetos com capacidade de atualizar o ensino, é um dos dispositivos que vem sendo utilizados desde 2008. As parcerias com o sistema local de saúde, que remontam à origem dos cursos, mas que, mais recentemente, tem ultrapassado o paradigma da integração docente-assistencial e adentrado no campo paradigmático da integração universidade-sistema de saúde, inclusive com a composição de um Comitê Gestor, para acompanhar e gerir o processo inventivo da integração. A atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I articula os cursos da área (docentes e discentes) e o sistema local de saúde, em aprendizagem interdisciplinar e centrada no território em que, ao mesmo tempo, atuam ações e serviços de saúde e vivem e produzem saúde as pessoas e as coletividades. Além dessas, diversas outras iniciativas têm mobilizado a experimentação de novos conceitos, já com algumas reflexões mais densas compartilhadas (FERLA et. al., 2013). Mais recentemente, a criação do Laboratório de Integração Universidade e Sistema Locoregional de Saúde (LABIN) assume o caráter experimental e o desafio de produzir metodologias e tecnologias para avançar

na integração, a partir objetivamente da experiência e da experimentação, compreendendo que se trata de um campo de possíveis para ambas as instituições. O sistema local de saúde é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e a política de integração com o ensino pela Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) que, no caso da UFRGS, se desenvolve particularmente nos Distritos de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro.

Nesta coletânea, temos o seguimento da ideia da experimentação, reflexão e compartilhamento como dispositivos de produzir movimentos, ações e práticas na direção das diretrizes de mudança na relação formação e trabalho na saúde. Como instituição de ensino, pesquisa e extensão de referência nacional e internacional, temos a obrigação intelectual de universalizar o pensamento e a ação, não somente no sentido de atravessar fronteiras locais/nacionais, mas epistemológicas. Assim, a experimentação ensino e trabalho no sistema de saúde torna-se, também, um território de desenvolvimento de tecnologias, conhecimentos e potências de mudança.

A coletânea foi tornada possível por meio de um edital conjunto entre a CoorSaúde e a Editora da Rede Unida, em que foram chamados manuscritos que tivessem a integração como objeto de reflexão, seja como relato de experiência, seja como ensaio temático. Submetidos à avaliação por pares, temos 21 capítulos, envolvendo mais de cem autores, entre os quais docentes, discentes e técnicos da Universidade de diferentes unidades e cursos, trabalhadores da gestão e da atenção do sistema municipal de saúde de Porto Alegre. Essa diversidade de inserções e a abrangência temática nos permitem afirmar, com toda a ênfase, que a integração ensino e sistema de saúde, no caso da experiência compartilhada entre a UFRGS e o sistema local nos Distritos de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro de Porto Alegre, é uma realidade vivida por experimentação, mas é também objeto de reflexão e compartilhamento. Novos conhecimentos e capacidades profissionais são necessários para as novas modelagens tecnoassistenciais, mas também para a produção de novos futuros para a saúde e para as pessoas. É uma rede viva de educação e saúde, de educação na saúde, que se afirma e se consolida por teias de saberes locais, superando a arrogância da ciência moderna, e pela capacidade de fomentar muitas saúdes, para o desenvolvimento do sistema local e das redes de atenção e também para o desenvolvimento de capacidades profissionais renovadas no âmbito da graduação e da pós-graduação.



Boa leitura a todos e todas! Que o pensamento não se mantenha estável com ela. Ao contrário, que se mobilize para novos patamares de densidade no tema da integração, do desenvolvimento do trabalho no sistema de saúde, da formação técnica e profissional em saúde, da gestão da educação na saúde e da defesa da cidadania.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível na internet: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf). Consulta em 02/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível na internet: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf). Consulta em 02/12/2014.

CECCIM, RB.; FERLA, AA.. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/ fev.2009. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Consulta em 02/12/2014.

CECCIM, RB.; FEUERWERKER, LCM.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2004, vol.14, n.1, pp. 41-65. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Consulta em 02/12/2014.

FERLA, AA.. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, AA.; ROCHA, CMF.; DIAS, MTG.; SANTOS, LM.; *Integração ensino - serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Cadernos da Saúde Coletiva; v.2). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-de-saude-coletiva-volume-2-pdf/view>. Consulta em 02/12/2014.

FERLA, AA.; OLIVEIRA, PTR.; LEMOS, FCs.. Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23 – n. 3, p. 487-500, Set./Dez. 2011. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a04>. Consulta em 02/12/2014.

FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LUZ, MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª edição revista. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, MT. *Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica*. Em: CANESQUI, AM. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000. p.181-200.

MERHY, EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, M. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

## CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RS

José Mario D'Ávila Neves  
Lília Maria Woitkoski Azzi

O contexto contemporâneo da saúde na chamada sociedade do conhecimento caracteriza-se pela crescente importância da produção e utilização do conhecimento e pelo aprofundamento da interpenetração do processo de formação profissional com a atenção e a gestão no próprio cotidiano dos serviços de saúde. Essa nova realidade social e tecnológica significa um desafio e, ao mesmo tempo, um novo campo de possibilidades para a construção do SUS.

Em resposta a esse novo contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) tem investido, desde 2011, na formulação e implementação de uma Política de Integração Ensino e Serviço, como uma política estratégica para a construção do SUS, assumindo como parte importante da sua missão o investimento nas ações de integração ensino e serviço, conforme preconiza a Constituição Federal, no seu Artigo 200, (BRASIL. Constituição, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde, Leis Federais 8080/90 (BRASIL. Leis, etc., 1990a) e 8142/90 (BRASIL. Leis, etc., 1990b). Essa Política de Integração Ensino e Serviço assume como horizonte estratégico a transformação de toda a rede assistencial em uma efetiva Rede Escola.

Como impulsionador e, ao mesmo tempo, resultado do processo de constituição da Política de Integração Ensino e Serviço, foi instituída a Comissão Permanente de Ensino em Serviço (CPES), composta pela representação das coordenações estratégicas

da SMS (Rede de Atenção Primária e Secundária, Hospitais, Vigilância Sanitária, Assessoria de Planejamento, Coordenação de Urgência, Desenvolvimento de RH, etc.) e do Conselho Municipal de Saúde.

A CPES tem desenvolvido a coordenação do processo de formulação e implementação da Política de Integração Ensino e Serviço através da articulação da Rede de Integração Ensino e Serviço da SMS, constituída por duas sub-redes que atuam de forma complementar, compondo um funcionamento que podemos definir como matricial. Uma sub-rede é configurada na lógica funcionalista, que segue a estrutura organizacional, composta pela área de desenvolvimento de RH e pelas Comissões de Educação Permanente ou de Ensino e Pesquisa dos dois hospitais, da Coordenação de Urgência e da Vigilância Sanitária. Já a outra sub-rede é de base territorial constituída pelos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs). Cabe assinalar que os DDAs, em sintonia com a diretriz da territorialização em saúde, são uma estratégia de coordenação das ações de ensino e serviço, conduzida pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), que congregam todos os segmentos envolvidos nessas ações no território: Gestão, Instituições de Ensino e Controle Social.

As Comissões de Educação Permanente/Ensino e Pesquisa das diferentes áreas da Secretaria têm a função de coordenar ações de integração e contribuem com o processo de formulação das políticas da CPES, enquanto as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local dos Distritos Docentes Assistenciais são as instâncias gestoras das ações de ensino em serviço nos seus respectivos territórios, além de coordenar os projetos PRÓ/PET-SAÚDE em desenvolvimento e de contribuir para a formulação das políticas da CPES.

Além de articular essa Rede, a Comissão Permanente de Ensino e Serviço também tem investido na formalização e acompanhamento administrativo e pedagógico das atividades das Instituições de Ensino nos campos da SMS, criando as condições para uma efetiva gestão das ações ensino e serviço e para a superação da cultura da informalidade. Visando estabelecer a base normativa e os procedimentos técnicos e administrativos para essa gestão, a CPES formulou um conjunto de normas reguladoras e orientadoras (Resolução SMS N° 1/2012) (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012). A Resolução SMS 01/2012 definiu o processo de formalização das ações de ensino e extensão em serviço em dois momentos: o primeiro, no qual é analisada a solicitação da Cooperação Técnica entre Instituições



de Ensino e a SMS, que se materializa na assinatura do termo de Cooperação Técnica (TCT); e o segundo, no qual são analisadas as solicitações de campo através dos Planos de Atividade e Termos de Compromisso. Através desses procedimentos, avançou-se significativamente na qualificação dos projetos pedagógicos de inserção das Instituições de Ensino nos cenários de prática, de maneira que estes dispositivos estão deixando de ser considerados como meramente burocráticos e estão passando a refletir efetivamente um contrato pedagógico. Para o desempenho dessas atribuições, a CPES conta com a retaguarda de uma Assessoria Técnica (ASSETEC/CPES), composta por três técnicos e um assistente administrativo da Equipe de Desenvolvimento/Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores da Saúde (CGADSS).

Em consonância com o princípio da participação da comunidade, os DDAs são coordenados por Comissões de Gestão e Acompanhamento Local compostas por representantes da Gerência Distrital, da CPES, do Controle Social local e das Instituições de Ensino com atuação no território. Através dos DDAs, as atividades de ensino em serviço das grandes instituições são direcionadas para distritos sanitários específicos, criando as condições para a efetiva responsabilização das instituições formadoras e dos serviços de saúde pelos processos de educação e assistência no território. Essa responsabilização possibilita a integração das ações educacionais com as atividades assistenciais, propiciando a sinergia e continuidade das diversas ações e a articulação entre os diferentes cursos e disciplinas, além de tensionar para a aproximação entre as ações da graduação e da pós-graduação. Atualmente, das oito Gerências Distritais que compõem a rede, temos DDAs consolidados em seis e estamos em processo inicial de construção duas. Através dessa estratégia, foi possível avançar na qualificação das experiências de ensino nos cenários de prática, buscando organizar essas ações e o itinerário formativo dos alunos a partir da atenção primária, segundo a lógica da linha do cuidado, da referência e contrarreferência e da alta qualificada. Assim, os alunos estão passando a ter a oportunidade, na sua itinerância no mesmo território de saúde, de melhor integrarem as suas vivências aos conhecimentos adquiridos e de compreenderem a dinâmica do sistema de saúde, nos âmbitos da gestão, da atenção e do controle social.

Devem ser destacadas, como um elemento conjuntural importante que tem contribuído para o avanço da Política de Integração Ensino e Serviço da Secretaria, as ações de indução do Ministério da Saúde, especialmente através dos editais do

Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) e a ampliação de vagas para novos Programas de Residência. A SMS participou, com as Instituições Parceiras, dos três editais PET em vigor, com grande sucesso. Atualmente, temos 39 grupos PET em atividade: 5 com o Centro Universitário Metodista (IPA), 9 com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 10 com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e 15 com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Com essa participação, podemos considerar que está consolidada a metodologia de elaboração de projetos da Secretaria com as Instituições Parceiras: os projetos são elaborados de acordo com as prioridades definidas nos territórios pelos Grupos de Trabalho de Monitoramento, a partir da análise do Plano Anual de Saúde, e a coordenação desse processo de formulação é desenvolvida pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local dos DDAs, com a participação permanente do Controle Social. A visita de acompanhamento dos Projetos Pró/PET pelo Ministério da Saúde identificou a qualidade diferenciada da integração ensino e serviço em Porto Alegre, convidando a SMS para apresentar essa experiência para os consultores do Ministério, em dezembro de 2013, em Brasília. Outra importante conquista, ocorrida em 2013, foi a elaboração e aprovação de 3 Programas de Residência Multiprofissional em parceria com Instituições de Ensino: a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Criança, através da parceria do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas com a UFRGS, com 12 bolsas do MEC; a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, através da parceria do Hospital de Pronto Socorro com o IPA, com 12 bolsas do MS; e a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Vigilância em Saúde, através da parceria do Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde com a Escola de Saúde Pública (ESP-RS) e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde, com 13 bolsas da ESP.

Podemos definir, até este momento, que a Política de Integração Ensino e Serviço na SMS vem avançando no sentido da reversão de quatro tendências que hegemonizavam as práticas de ensino em serviço até poucos anos atrás:

- Reversão da tendência à informalidade – a grande maioria das atividades nos cenários de práticas era realizada sem registro e controle por parte da Secretaria. Através da regulamentação dos procedimentos técnicos

e administrativos pela Resolução SMS 01/2012 (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde, 2012) e do efetivo acompanhamento e formalização das cooperações técnicas e dos Planos de Atividades, a SMS passou a ter efetiva gestão, controle e registro das ações de ensino em serviço.

- Reversão da dispersão, da fragmentação e da descontinuidade – as ações das Instituições de Ensino estavam espalhadas nos serviços da Secretaria sem nenhum critério nem ordenamento. Com a organização das atividades de ensino em territórios Distritos Docentes Assistenciais (DDAs), a alocação das ações das diferentes Instituições de Ensino passou a ser ordenada segundo a lógica do sistema de saúde. Com esta dinâmica, foi possível construir uma forte vinculação, avançou-se na efetiva corresponsabilização das instituições formadoras e dos serviços de saúde, tensionando-se para a integração das ações dos diferentes cursos e disciplinas e favorecendo a sinergia e continuidade das ações.
- Reversão da formação profissional dominante – em que pese alguns avanços em cursos específicos, grande parte da formação dos profissionais de saúde ainda segue modelos hospitalocêntricos, medicocentrados, tecnicistas (baseado em procedimentos) e curativos (sem a efetiva valorização da promoção e da prevenção). A vivência de alunos e docentes, desde os primeiros anos de formação, da realidade e dos problemas dos cenários de prática tem significado um importante avanço na reorientação da formação, ressignificando o papel da APS como ordenadora do sistema de saúde, valorizando as experiências interdisciplinares e o trabalho das equipes multiprofissionais e evidenciando a importância da formação para a promoção e a prevenção.
- Reversão da priorização local e particular – as ações de ensino em serviço, na sua maioria, eram alocadas de acordo com as necessidades particulares (facilidade de acesso para professores e alunos, relações pessoais dos docentes com servidores, disponibilidade pessoais dos servidores, etc.) e a definição das atividades atendiam às necessidades dos processos de ensino sem uma maior consideração às necessidades de saúde. A alocação passou a ser ordenada pela estratégia de estruturação dos DDAs, segundo a lógica do sistema de saúde, e as ações passaram a ser definidas a partir da análise das necessidades de saúde desses territórios. Através dessa reversão, temos avançado efetivamente na reorientação da formação, ao

mesmo tempo que também estamos começando a incidir no direcionamento do processo de produção de conhecimento para atender as reais necessidades do SUS.

A experiência adquirida no percurso da construção da Rede de Integração Ensino em Serviço, na busca da afirmação de uma Política Pública nesta área em Porto Alegre, nos permite dizer que já obtivemos importantes e exitosos avanços. Este resultado decorre das respostas dadas diante dos desafios que emergem nos encontros produzidos na e pela própria rede em seus processos de ensino, de trabalho e de gestão. Deste modo, são dinamizados novos arranjos e soluções, que emergem a partir das escutas e das formulações realizadas nos espaços coletivos, transformando-se em normalizações e renormalizações, que ao longo do tempo vão dinamicamente se modificando no sentido da transformação da rede de atenção em uma efetiva Rede Escola, que responda tanto à realidade das necessidades da formação de profissionais para o SUS, quanto às necessidades de saúde da população.

### Referências

- BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Leis, etc. *Lei Nº 8080, 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. Brasília: 1990a
- BRASIL. Leis, etc. *Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b.
- CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. *Resolução n. 1, de 29 de agosto de 2012*. Regulamenta os fluxos e procedimentos para ações de integração ensino e serviço, na área da pesquisa, da extensão e do ensino, nos níveis técnicos, de graduação e pós-graduação na Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2012.





# INOVAÇÕES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

## INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA INTERCURRICULAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIVISA, DISTRITOS GLÓRIA/ CRUZEIRO/CRISTAL, PORTO ALEGRE, RS

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi  
Alzira Maria Baptista Lewgoy

### Ponto de partida: alinhando caminhos

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde estabelecem, enfatizam e valorizam o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no cuidado em saúde (HADDAD et al., 2006).

A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural. É a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. Assim, práticas interdisciplinares pressupõem um profundo respeito à cultura das pessoas, bem como as crenças e valores de cada um, tanto dos profissionais quanto da população assistida pela equipe de saúde (SAUPE et al., 2005).

Entendendo a importância da interdisciplinaridade na formação em saúde e diante da necessidade de promover a integração entre os diferentes currículos da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Coordenadoria de Saúde (CoorSaúde) da Pró-Reitoria de Graduação iniciou, no primeiro semestre de 2012, uma atividade de ensino (disciplina eletiva) considerada inovadora por sua característica multiprofissional, interdisciplinar



e intersetorial, intitulada “Práticas Integradas em Saúde I” (4 créditos/60 horas). A disciplina é oferecida semestralmente pela Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia. Sua temática de estudo está baseada no conhecimento e análise do território e dos serviços de saúde por meio da vivência do trabalho multiprofissional e de práticas interdisciplinares e intersetoriais em cenários de práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégias da Saúde da Família – do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre, RS.

Até o primeiro semestre de 2014, doze cursos de graduação em saúde da UFRGS participaram da atividade, sendo eles: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social. Além destes cursos da saúde, também faz parte da disciplina o curso de Políticas Públicas. Cada curso oferece aos seus estudantes quatro vagas por semestre. A disciplina está organizada em momentos teórico-práticos de concentração com todo o grupo e atividades de tutoria em Unidades de Saúde da Família (USF), com dois professores orientadores e oito estudantes de diferentes cursos.

O objetivo do presente artigo é apresentar um relato de produto da experiência de dois anos e meio (2012-2014) da “Práticas Integradas em Saúde I” na Unidade de Saúde da Família (USF) Divisa, Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, de Porto Alegre, um dos cenários de prática da disciplina desde seu início, em 2012/1. As atividades realizadas envolveram o conhecimento sobre o território adstrito, sua população e a Unidade de Saúde.

O território da USF Divisa está dividido em cinco microáreas, sendo cada microárea atendida por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Para o conhecimento do território foram realizadas aproximações sucessivas a este espaço por meio de visitas de observação dos estudantes e das professoras, acompanhados pelas ACS. Ao final de cada semestre, um encontro de confraternização e de entrega do produto final integrado do semestre com toda a equipe da USF fez parte da avaliação das atividades realizadas. Além deste encontro de encerramento na Unidade, um seminário integrado entre profissionais do serviço, professores e estudantes acontece com todos os grupos de tutoria da disciplina, para o compartilhamento das experiências. Cinco turmas já vivenciaram a disciplina integradora na USF Divisa (38 estudantes de diferentes cursos da graduação: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social

e Políticas Públicas), tutoriados por duas professoras vinculadas aos cursos de Odontologia e de Serviço Social da UFRGS, autoras do presente artigo.

### A metodologia e os referenciais teóricos

O processo metodológico incorporado pela Práticas Integradas é o da problematização e avaliação do processo e do produto da experiência (BERBEL, 1998; LEWGOY; SILVEIRA, 2010). Esse processo exige um movimento dialético que vai da síntese à síntese (uma rica totalidade de determinações e de relações numerosas), pela mediação da análise das abstrações e determinações mais simples, constituindo uma orientação para o processo de descoberta de novos conhecimentos. Destaca-se que a síntese, a análise e a síntese estão interligadas e expressam como o processo de construção de conhecimentos, posturas e habilidades vai se constituindo, pois esse movimento requer “[...] mobilização para o conhecimento, construção do conhecimento e elaboração e expressão da síntese do conhecimento” (VASCONCELLOS, 1999, p. 46).

A mobilização corresponde a uma sensibilização para o conhecimento, a criar uma atitude favorável à aprendizagem, tendo em vista que a situação orientadora inicial é “[...] a criação de uma situação motivadora, aguçamento da curiosidade, colocação clara do assunto, ligação com o conhecimento e a experiência que o aluno traz, proposição de um roteiro de trabalho, formulação de perguntas instigadoras” (LIBÂNEO, 1987, p. 145). Daí que o trabalho cotidiano do professor impõe desafios para sua efetivação, porque a mobilização se constitui pelos homens que se motivam em comunhão, mediados pela realidade (FREIRE, 2005).

Além das características dos estudantes, a mobilização para o conhecimento foi trabalhada nos momentos de tutoria e as relações interpessoais estabelecidas entre professores-estudantes e estudantes-estudantes. Computam-se, também, os cenários de prática em que os estudantes estão inseridos, os objetivos e as mediações apropriadas para uma prática pedagógica que respeite a singularidade do grupo, pois o “[...] o homem se transforma a partir de sua prática, a partir da sua interação com o mundo” (VASCONCELLOS, 1999, p. 55).

Esta proposta só se efetiva se vier acompanhada de uma relação ativa com o objeto de conhecimento, o que exige uma prática pedagógica que no seu conjunto seja significativa. Ou seja, que este exercício cotidiano nos cenários de prática tenha significado, sentido, para os estudantes e possa desenvolver

a responsabilidade pela construção autônoma do seu conhecimento. Significado este que foi ampliado, na medida em que os profissionais da USF estão inseridos também no processo pedagógico. Tal metodologia possibilitou esta interação na desafiante atividade de conhecimento do território e do processo de territorialização. Portanto, o processo desenvolvido em relação à mobilização para o conhecimento, na totalidade da prática educativa, foi o de provocar, manter e autonomizar a mobilização (VASCONCELLOS, 1999), não só dos estudantes, mas dos professores e dos profissionais da USF Divisa envolvidos na “Prática Integradas em Saúde I”.

Nessa perspectiva, o uso do portfólio no contexto da experiência de ensino foi fundamental para a potencialização do conhecimento e foi o instrumento que possibilitou o exercício, conforme referenda Ferla e Ceccim (2013), da pessoalidade, na medida em que estabeleceu uma relação singular de aprendizagem entre acadêmico e tutor, oportunidade de processo reflexivo e continuado, centrado sobre as múltiplas dimensões da prática e do desenvolvimento do processo de auto-avaliação e autoconhecimento do estudante.

O portfólio também oportunizou o desenvolvimento de competência de planejamento por meio do processo de territorialização na USF Divisa que se constituiu por atividades de observação junto ao território, envolvendo os estudantes, as professoras tutoras e as agentes comunitárias em saúde, tendo em vista que possibilitou o conhecimento e mapeamento do território adstrito à Unidade, identificando sua organização em relação ao espaço geográfico, população, equipamentos sociais e interações entre o serviço e a comunidade.

Para Barcellos et al. (2002, p.130),

O processo de “territorialização” dos sistemas locais de saúde objetiva reconhecer porções do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde. A análise de situação de saúde tem uma lógica territorial, porque no espaço se distribuem populações humanas segundo similaridades culturais e socioeconômicas.

O território é o espaço onde se verifica a interação população-serviços de saúde no nível local, caracterizando-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Pereira e Barcellos (2006)

afirmam que o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações, por isso a importância da incorporação ao conceito de território de seu componente cultural. O território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica ou cultural em sentido estrito e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômica e política (MONKEN et al., 2008).

A disciplina, ao buscar enfatizar a importância do trabalho interdisciplinar em saúde, ressaltou os olhares de diferentes áreas que se complementam durante o processo. Para Alves, Ramos e Penna (2005, p. 325),

[...] na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo e as relações de poder tendem a se horizontalizar. Diante de um problema comum, uma equipe busca soluções em comum a partir da troca de saberes, não como adição ou mistura, mas recombinações e assim gerando fecunda e mútua aprendizagem.

Destaca-se que nas atividades de tutoria no território, além da presença constante e cuidadosa das Agentes Comunitárias, outros profissionais também estiveram presentes em momentos pontuais, como os profissionais da equipe da USF Divisa (médico, enfermeira, cirurgiã-dentista, auxiliar de saúde bucal), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do líder comunitário local.

### Resultados evidenciados

Ao longo desse período de 2012 a 2014 na USF Divisa, o grupo composto por estudantes e professores de diferentes cursos construiu produtos que se materializaram a partir da integração com a equipe de saúde da Unidade, destacando-se: a) relatórios do processo de territorialização; b) pôster com o relato da experiência na USF; c) jornal para comunidade “Integrando o Divisa”; d) mapa atualizado do território com as cinco microáreas.

Aliada a esta produção sobre o conhecimento do território, observa-se, na vivência da disciplina, a inserção dos estudantes e professores no cotidiano de uma USF, contando com o diferencial da interdisciplinaridade representada pelos diferentes cursos dos quais os estudantes e professores são oriundos.

Percebeu-se a existência de estigmas, tanto em relação aos trabalhadores – enquanto realização de um trabalho precário, sem ver as condições de trabalho a que estão submetidos –



quanto com usuários dos serviços de saúde. A unidade entre teoria e prática, assim como a reflexão sobre as condições do sistema de saúde e o território de abrangência correspondente também foram observados.

A avaliação dos estudantes em relação à contribuição da disciplina para sua formação evidencia a aproximação e o diálogo com os profissionais do SUS e a compreensão da unidade teórico-prática, por meio da inserção na USF Divisa, assim como a reflexão sobre as condições do sistema de saúde e o território de abrangência correspondente. A vivência e o diálogo multidisciplinar possibilitaram a integração entre os professores e estudantes de diferentes cursos com o intuito de que desde a graduação exista a prática interdisciplinar, numa interpretação dialética ao diálogo, concebendo-o ao mesmo tempo como unidade e oposição de contrários. Nesse contexto, não há um saber superior a outro, mas saberes horizontais que se complementam na construção de um saber coletivo (SANTOS et al., 2013).

Compreende-se que o profissional da saúde precisa de uma formação que permita enxergar novas possibilidades de pensar e agir conjuntamente diante de tais dificuldades, o que é facilitado por esta disciplina, valorizando os saberes específicos de cada área de atuação, mas também reconhecendo que estas precisam estar aliadas para que haja de fato um olhar integral sobre a saúde (SIGNORINI et al., 2012), conforme evidenciado nas verbalizações dos estudantes a seguir:

De fato, esta troca ocorreu, visto que os estudantes experimentaram uma inserção nos serviços de saúde e a equipe de trabalho teve o ganho do mapa 'falante' construído no momento das visitas juntamente com as agentes de saúde, na perspectiva de compreender qual é o mapa que a equipe enxerga, o que é necessário demarcar. Possibilitar à equipe a construção desse mapa impulsiona a reflexão do processo de trabalho e das condições para tanto, como meios e equipamentos para articulação como forma de assistir o usuário em sua integralidade. [...] as vivências foram de extrema relevância para formação integral e integrada em saúde dos estudantes participantes. Acredita-se que os estudantes puderam de alguma forma contribuir para o bom funcionamento das atividades da UFS Divisa, com o mapa e com este documento que evidencia esta construção integrada (Estudantes Práticas Integradas em Saúde I, 2012/1).

Durante o período que estivemos na disciplina de Práticas Integradas em Saúde, tivemos a oportunidade de conhecer e entender de que forma atuam os profissionais que

trabalham em equipes multidisciplinares. [...] As visitas realizadas na comunidade foram bastante enriquecedoras para todos, pois a atividade integradora dos cursos fora da Universidade e a inserção dos alunos na comunidade permitiram uma maior aproximação da realidade que encontraremos durante a vida profissional, propiciando aos estudantes uma visão lógica e direcionada (Estudantes Práticas Integradas em Saúde I, 2012/2).

### O ponto de chegada: construindo novos caminhos

A proposta interdisciplinar da "Práticas Integradas em Saúde I" vem se consolidando para além do território e do serviço de saúde, na medida em que se destaca o potencial da experiência de trocas entre as áreas por meio de um novo olhar, que fala de outro lugar, de outra lógica de conhecimento; é de extrema importância para a formação do profissional da saúde, profissional este que se faz nas relações e que prioriza um olhar ampliado para o sujeito (COSTA et al., 2013).

A formação integrada e interdisciplinar proposta pela "Práticas Integrada em Saúde" na USF Divisa é um processo permanente de qualificação e atualização, postura necessária ao deciframento cotidiano da realidade. Como proposta de integração intercurricular na UFRGS, tem possibilitado:

- a) o convívio e a troca de experiências e conhecimentos entre estudantes e docentes de diferentes cursos de graduação;
- b) a aproximação entre estudantes que estão em diferentes momentos da formação;
- c) a reflexão sobre as condições do sistema público de saúde, do processo de trabalho e atribuições da equipe de saúde e do território de abrangência;
- d) o diálogo multiprofissional entre os estudantes e docentes de diferentes cursos da graduação com os profissionais da equipe de saúde;
- e) a produção coletiva textual, durante os cinco semestres, atendendo as demandas do serviço e da formação, por meio da elaboração de relatórios, portfólios, diários de campo, cartografia (mapa do território) e jornal para circulação para a comunidade.

A integração entre a UFRGS e o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal dá visibilidade aos profissionais do serviço, estudantes e professores sobre a sua contribuição quanto à intenção de ruptura com o paradigma da formação biomédica de profissionais,

evidenciando o trabalho em equipe multiprofissional no SUS, o conhecimento sobre o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família e sobre a importância da territorialização para a equipe de saúde e seus benefícios para a população adstrita.

Um dos desafios é o de investigar e enxergar novas possibilidades de pensar e agir conjuntamente diante dos limites encontrados; é o de estudar, intervir e aprender com a realidade em processo, transformando conhecimento em ação.

Entende-se, por fim, que a complexidade da disciplina integradora está exatamente na possibilidade do trabalho entre professores, estudantes e currículos de diferentes cursos de graduação, os quais embasam propostas pedagógicas distintas, mas que intencionalmente buscam a não fragmentação do processo ensino-aprendizagem, ancorando-se nas competências e atribuições profissionais para o exercício da formação em saúde no cotidiano acadêmico.

### Referências

- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set. 2005.
- BARCELLOS, C. C. et al. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.
- COSTA, J. T. et al. *Processo de territorialização na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013-1*. Relatório final. Disciplina Práticas Integradas em Saúde I. Porto Alegre, jul. 2013.
- FERLA, A. A.; CECCIM, R. Portfólio como dispositivo de avaliação: Aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. (Orgs.). *Inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: UFRGS, 2013. p. 51-58. (Cadernos de saúde coletiva)

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005. (Coleção Leitura).

HADDAD, A. E. et al. (Orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. Requisições e desafios na formação profissional: a metodologia da problematização no processo de estágio supervisionado em Serviço Social. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (13: Brasília: 2010). *Anais*. Brasília, 2010.

LIBÂNEO, J. C. *Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1987.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-41.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

SANTOS, D. S. et al. *Processo de territorialização na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012-2*. Relatório final. Disciplina Práticas Integradas em Saúde I. Porto Alegre, jan. 2013.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.9, n.18, p.521-36, set./dez. 2005.

SIGNORINI, A. V. et al. *Processo de territorialização na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012-1*. Relatório final. Disciplina Práticas Integradas em Saúde I. Porto Alegre, jul. 2012.

VASCONCELLOS, C. S. Construção do conhecimento em sala de aula. In: *Cadernos Pedagógicos do Libertad*. São Paulo: Libertad, 1999.



# A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DAS DISCIPLINAS “SAÚDE E CIDADANIA” NO TERRITÓRIO DE SAÚDE

Luciana Laureano Paiva  
Angela Ghisleni  
Keila Deon  
Cláudia Candotti  
Adriane Vieira  
Luiz Fernando Alvarenga

## Introdução

O Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi estruturado em 2008, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2002), orientando-se pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a estabelecer uma aproximação com a realidade social e as necessidades em saúde da população brasileira.

Sua proposta pedagógica está centrada no acadêmico como protagonista no seu processo formativo. Além disto, visa formar fisioterapeutas com capacidade político-social, que contribuam com o controle social em saúde, com competência para atenção integral às necessidades em saúde cinético-funcional dos indivíduos e coletividades, que sejam capazes de exercer a profissão com capacidade técnica e humanística embasada no saber científico, aptos a autonomia profissional e trabalho em equipe em todos os níveis de atenção à saúde, e sobretudo

que compreendam o processo saúde/doença/cuidado como socialmente determinado e o ser humano em sua dimensão biopsicossocial e cultural (PETERSEN, 2008).

Dentre as disciplinas que compõem a matriz curricular, destacamos as denominadas “Saúde e Cidadania” (SACI), que ocorrem do primeiro ao sétimo semestre do curso, inserindo desde o início os acadêmicos de Fisioterapia em diversos cenários de prática da rede de atenção à saúde do SUS e equipamentos sociais do território. Essas disciplinas se propõem a oferecer experiências de ensino-aprendizagem problematizadas a partir da realidade, contextualizadas em diferentes realidades sociais, permitindo a interação universidade-serviços-comunidade e o desenvolvimento de uma consciência sanitária capaz de favorecer mudanças no cenário da saúde local, com ética e responsabilidade social.

Essas vivências fomentam mudanças no processo de formação dos futuros fisioterapeutas, possibilitando construir e pactuar novos caminhos e processos de trabalho, estimular o protagonismo nas ações desenvolvidas com indivíduos e coletividades, agenciando atos permanentemente e de forma contextualizada (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), que trata sobre a Educação Permanente em Saúde, formalizou a necessidade de diálogo entre a gestão em saúde e o sistema de ensino. Esta proposta almejou realizar mudanças nas práticas pedagógicas e de saúde, favorecendo a inserção dos acadêmicos na rede de serviços, cuja dinâmica e organização passou a ser pactuada e discutida coletivamente, proporcionando experiências multiprofissionais e intersetoriais. Neste sentido, as disciplinas SACI, ao expor os acadêmicos de Fisioterapia aos “fazeres” próprios, dos cenários de prática da rede de atenção à saúde do SUS e equipamentos sociais, fomentam a produção de conhecimento a partir de experiências que possibilitam um exercício crítico sobre as dimensões do trabalho em saúde, levando em consideração a complexidade do processo saúde/doença/cuidado, possibilitando a construção de um pensamento e agir profissional comprometido com a produção da vida (CAPOZZOLO et al., 2013).

## Pactuação e vivências nos cenários de prática do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal

As vivências nos cenários de práticas realizadas pelos alunos das disciplinas SACI, sob supervisão docente, são desenvolvidas nos equipamentos sociais e rede de serviços do Distrito Docente

Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal (DDAGCC), território destinado às práticas pedagógicas dos cursos da saúde da UFRGS pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com uma população total de cento e sessenta mil habitantes (NEVES; AZZI, 2013; STEIN; SANTOS, 2013).

A organização da inserção dos acadêmicos e docentes do curso de Fisioterapia no DDAGCC é pactuada e construída de forma coletiva, envolvendo a Universidade, a gerência e os coordenadores das equipes de saúde que acolhem as práticas. As disciplinas SACI estão organizadas em módulos temáticos, tendo como fio condutor Políticas Nacionais de Atenção à Saúde.

Em cada semestre participam em torno de oitenta alunos e nove docentes. Na SACI I os acadêmicos conhecem o território de saúde do DDAGCC; na SACI II e III os acadêmicos desenvolvem atividades de promoção da Saúde na Escola; na SACI IV e V planejam e executam ações de promoção da Saúde do Idoso e da Mulher com grupos de usuários; e na SACI VI e VII participam das rotinas das equipes de saúde das Estratégias de Saúde da Família.

As atividades propostas em SACI I têm o objetivo de realizar o reconhecimento do território e sua relação com a saúde da população adstrita. Além disso, os acadêmicos visitam os serviços e equipamentos sociais no DDAGCC, interagindo com as equipes de trabalho com as quais irão desenvolver atividades nos próximos semestres.

Nas SACI II e III os acadêmicos são instigados a planejar e executar atividades voltadas para a saúde da criança em equipamentos sociais como escolas públicas e creches comunitárias do território. Nesse cenário são desenvolvidas atividades de Educação Postural em sintonia com o planejamento escolar, ocorrendo sistematicamente em turmas de 3º ano do ensino fundamental, com a participação ativa da professora de classe e direção da escola. O grupo vinculado ao ambiente de educação infantil executa um projeto que tem por objetivo estimular o desenvolvimento das habilidades cognitivas e motoras de crianças de zero a cinco anos de idade, promovendo a saúde na escola (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

Nas disciplinas SACI IV e V os acadêmicos planejam e implementam ações que estimulam o protagonismo dos usuários no autocuidado e na busca por uma melhor qualidade de vida, tendo como referência as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2006). As atividades realizadas com grupos populacionais específicos se configuram como um espaço de ensino-aprendizagem para acadêmicos, professores e usuários, visando à troca de experiências e busca de soluções na construção compartilhada do conhecimento e do cuidado na terceira idade, disfunções do assoalho pélvico e coluna.

As vivências oportunizadas pelas disciplinas e SACI VI e VII estão centradas em intervenções fisioterapêuticas no domicílio, estimulando as relações interpessoais/multiprofissionais e buscando habilitar os acadêmicos para o trabalho nos serviços da rede de atenção em saúde. Pautadas pela atenção domiciliar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013), têm como principais objetivos desenvolver ações junto às Equipes de Saúde da Família e ao Controle Social no que se refere à saúde do adulto.

### Experiências e conhecimentos (com)partilhados

Ao longo das vivências, os acadêmicos são instigados a conduzir as atividades, incluindo neste processo os diálogos e saberes que emergem, como uma experiência complexa na qual se deparam com a realidade onde nem sempre as evidências científicas vão ao encontro do saber popular. Mas justamente por este motivo, propiciar atividades que permitam a compreensão de que o conhecimento ocorre de maneira coletivizada e inserida em um determinado contexto é a melhor oportunidade de construção de uma experiência reflexiva comum (BUENO; SIEBERT, 2008).

O papel do professor se traduz em um facilitador dos processos de aprendizagem, os quais, segundo Perrenoud (2002), requer reflexividade durante e após a ação. Durante a ação, o acadêmico precisa refletir sobre o processo que está sendo vivenciado e após a ação é o momento de refletir sobre o ocorrido de maneira que seja possível capitalizar uma experiência e transformá-la em saberes capazes de serem retomados em outras circunstâncias.

Estas experiências, conforme afirmam Capozzolo et al. (2013), problematizam não somente o registro cognitivo de um sujeito, mas também de seus sentidos, percepções e afetos, resultando, desta forma, na construção de um conhecimento plástico e consciente de seus limites e de um conjunto de referentes provisórios e mutantes.

Sob esta perspectiva, podemos entender a experiência como sendo “algo que nos passa”, como um território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço do acontecer, que nos afeta, inscreve marcas, deixa alguns vestígios e efeitos. Para



que a experiência de fato aconteça temos que estar disponíveis e receptivos, pois este é um lugar do encontro, da relação com algo que se experimenta, que se prova, que nos toca e que nos acontece. E tudo que “nos passa” nos forma e nos transforma (BADÍN, 2002). Portanto, esta (experiment)ação que ocorre nos diversos cenários de prática do DDAGCC possibilita “formar e transformar” acadêmicos, professores, trabalhadores e usuários.

Conforme Stein e Santos (2013), a relação estabelecida entre o DDAGCC e a UFRGS tem proporcionado “encontros alegres” e provocado “desconforto intelectual nos envolvidos”, fazendo com que todos possam refletir e construir outras formas “de fazer” na saúde, tendo como referência as experiências vivenciadas e compartilhadas nas práticas do território, em um movimento contínuo.

### Considerações finais

Por fim, gostaríamos de sinalizar que estas vivências estão sendo marcadas por limites e possibilidades. Sobre os primeiros, podemos dizer que estão na dificuldade em romper com uma lógica assistencialista que atravessa as relações ensino-serviços e influencia a formação em saúde. Com relação às possibilidades, destacamos a (trans)formação na forma de pensar o cuidado em saúde de acadêmicos, professores, trabalhadores e usuários.

### Referências

BADÍN, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, v. 19, jan./abr., 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia*. Resolução CNE/CNS 4 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/SM n. 1996, de 20 de agosto, de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUENO, D.; SIEBERT, M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. *Revista de APS*, v. 11, n. 4, p. 468-473, out./dez. 2008.

CAPOZZOLO, A.A. et al. Experience, knowledge production and health education. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.17, n. 45, p. 357-70, abr./jun. 2013.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41- 65, 2004.

NEVES, J.M.D; AZZI, L.M.W. A integração ensino e serviço como uma política estratégica. In: FERLA, A.A. et al. *Integração Ensino-Serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Cadernos da Saúde Coletiva)

PERRENOUD, Philippe. *A prática reflexiva no ofício de professor*. Profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PETERSEN, R.D.S. *Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*. Porto Alegre, 2008.

STEIN, D.C; SANTOS, L.M. Encontros alegres: a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal e a UFRGS. In: FERLA, A.A. et al. *Integração Ensino-Serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Cadernos da Saúde Coletiva).

## SAÚDE E CIDADANIA: (RE)DESENHANDO INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE, RS

Jorge Luiz de Andrade Trindade  
Alexandre Simões Dias

### Introdução

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da universidade e pelo processo de reforma e descentralização político-administrativa do Estado (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Em relação às mudanças no sistema de saúde do país, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, e sua implementação, principalmente a partir do início da década de 90, impuseram transformações na formação dos futuros profissionais da saúde, principalmente em função das necessidades de profissionais de saúde adequados a sua implementação. Essa mudança no mundo das políticas para o trabalho e as progressivas e incrementais mudanças nos sistemas e serviços de saúde foram acompanhadas de algumas mudanças também nos debates e nos dispositivos legais da área da educação, como a edição das Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde.

Por um lado, temos as universidades e os desafios de adequação de políticas de ensino baseados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), mudanças nos cenários da saúde e a predominância, ainda, das práticas de ensino tradicional. Por outro lado, profissionais e suas práticas em transformação

constante, com demandas de intervenção que se somam às condições de trabalho. O papel da formação dos futuros profissionais da saúde oscila de uma expectativa de reordenar o ensino e adequar os profissionais egressos ao perfil que é demandado pelos serviços à manutenção do que é feito, com base em argumentos que apontam problemas no mundo do trabalho e a necessidade de adequá-lo para novas definições sobre a formação.

No caso do fisioterapeuta no Brasil, as suas origens históricas e concepção desde a criação da profissão, na década de 60, indicavam uma identidade reabilitadora e técnica, o que ia ao encontro do modelo de atenção à saúde vigente, voltado principalmente às doenças e suas sequelas. Ao longo dos anos que se seguiram, podemos observar um caminho profissional que abre discussão em torno de uma formação acadêmica que se aproxime das características epidemiológicas e políticas de saúde do país. Estas mudanças, ainda que lentas, demandaram mudanças na construção curricular dos cursos de Fisioterapia, impondo novos paradigmas para a adequação das necessidades frente à realidade e campo de atuação (BOTOMÊ; REBELATTO, 1999).

Neste sentido, o curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi construído a partir da prerrogativa da formação de fisioterapeutas voltados para o sistema de saúde do país. A construção curricular foi organizada considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais e um modelo que permite conciliar o interesse que representam as disciplinas enquanto conhecimento sistematizado com uma proposta inovadora modular que busca romper com o engessamento característico das antigas grades curriculares (PETERSEN, 2008).

Assim, a matriz curricular orienta-se transversalmente pelo Ciclo de Vida e complexidade do Sistema Único de Saúde e longitudinalmente por quatro eixos temáticos: Ciências da Vida e da Saúde, Político-Filosófico-Humanístico, Técnico-Profissional e Pedagógico.

Estes elementos podem ser notados principalmente por permear na sequência de disciplinas que abordam aspectos biológicos, outros que tratam de aspectos políticos-filosófico-humanísticos, permitindo, assim, a compreensão da indissociabilidade destes temas no contexto do ciclo vital e, conseqüentemente, na saúde. Os princípios centrais desta proposta organizacional levam em consideração, entre outras características, ações comunitárias relacionando Universidade-Serviços-Comunidade, orientados pelos problemas prioritários de saúde da população,



integralidade da atenção à saúde e inserção precoce do aluno em ações comunitárias e nos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

A disciplina de Saúde e Cidadania (SACI) compreende a inserção prática do aluno desde o primeiro semestre nos serviços de saúde do município de Porto Alegre, que correspondem à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (Distrito GCC), considerando uma construção de saberes que vão desde o entendimento prático de princípios de territorialização (SACI-I) até a intervenção na atenção básica a partir dos elementos teóricos do diagnóstico coletivo em saúde necessários ao planejamento e intervenção nas áreas adstritas aos territórios envolvidos (SACI-VII).

Os serviços de saúde de Porto Alegre, RS, estão distribuídos em 17 territórios, que compõem as oito Gerências Distritais (GD) do município. O Distrito GCC está localizado na região centro-sul da cidade de Porto Alegre (RS), atendendo uma população estimada de 160.000 habitantes e contando com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### A disciplina Saúde e Cidadania

Costa e Melo (2013), ao descrever os aspectos históricos da disciplina Saúde e Cidadania nos cursos da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ressaltam que, na busca pelo estabelecimento da relação entre educação, saúde e cidadania, através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, esta foi formalizada e integralizada nos currículos acadêmicos como uma disciplina optativa e complementar, ofertada semestralmente. A disciplina SACI, nesse sentido, busca ampliar o entendimento da concepção de saúde no contexto da área biomédica, buscando propiciar uma ação mais humanizada aos egressos dessa área. No caso da UFRGS, a disciplina está definida no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Fisioterapia com características de projeto de trabalho. É uma atividade prática aplicada, caracterizada, no campo da Fisioterapia, como Atividade de Interação Comunitária (AIC), com dinâmica de atividades de ensino-aprendizagem problematizadas a partir da realidade, contextualizadas em diferentes realidades sociais, permitindo a interação universidade-serviços-comunidade e o desenvolvimento de uma consciência sanitária capaz de favorecer mudanças no cenário da saúde local e a legitimação do Sistema Único de Saúde. Diferente, então, da UFRN, as disciplinas de SACI da UFRGS não são optativas e compõem a formação do aluno desde o primeiro semestre seguindo até o sétimo semestre.

É desenvolvida orientando-se pelos níveis de complexidade do sistema, iniciando suas práticas nos contextos da atenção básica, indo até às práticas de alta complexidade do sistema e nos espaços de gestão e controle social, todas as áreas, notadamente, de atuação do profissional fisioterapeuta. Propõe-se que prevaleçam as atividades práticas com dinâmicas integradas entre estudantes de outras áreas das ciências da saúde, da educação e das ciências psicossociais, e a utilização de uma metodologia ativa de aprendizagem, como por exemplo, a metodologia da problematização.

No decorrer do processo de formação a disciplina deverá se caracterizar por diferentes níveis de complexidade de suas ações.

Assim, as disciplinas de Saúde e Cidadania VI e VII têm como objetivo desenvolver habilidades e competências no campo da atenção à saúde do idoso nos três níveis de complexidade do Sistema de Saúde, com intervenção sobre as principais afecções que acometem idosos. Gestão e coordenação de projetos e atividades relativas à saúde do idoso. Atividades junto às Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Atenção Especializada, Terceiro Setor e junto ao controle social no que se refere à saúde do idoso.

### O relato da experiência

Durante o primeiro semestre de 2012, os alunos do sétimo semestre do Curso de Fisioterapia da UFRGS desenvolveram as atividades práticas da disciplina SACI VII no Distrito GCC nas Unidades de Saúde da Família (USF) Santa Tereza, no bairro de mesmo nome, Santa Anita, no bairro Nonoai, ambas em Porto Alegre, RS.

O processo de desenvolvimento das atividades práticas surge a partir do conceito de território e estimativa rápida junto aos agentes comunitários de saúde (ACS), ou seja, vinculação dos alunos ao território e o reconhecimento dos espaços geográficos que definem a atuação da equipe básica e identificação de usuários com restrições cinético-funcionais. Os acadêmicos, então, foram divididos proporcionalmente em duas turmas, USF Santa Tereza e USF Santa Anita, e subdivididos por microárea de atuação dos ACS.

A vinculação do aluno a microárea teve como objetivo aproximar este da rotina do ACS e reconhecer o contexto das condições de vida dos usuários visitados, como acessibilidade, funcionalidade, autonomia, etc. As atividades realizadas foram desde avaliações individuais, avaliação funcional, identificação das demandas de movimento através de identificação da rotina diária de

vida, ambiente, etc., orientações a cuidadores sobre manejo e estimulação das funções motoras e respiratórias das pessoas, até encaminhamentos junto à equipe de saúde e observação das condições ambientais, tais como acessibilidade ao espaço residencial e condições ergonômicas da residência (obstáculos no meio de deslocamento). Dessa forma, foram identificadas pessoas com comprometimento cinético-funcional e restrição ao domicílio e realizadas visitas periódicas a usuários. Dentre estes, foram encontradas nas comunidades envolvidas pessoas idosas, com dificuldades de realizar atividades de vida diária e deslocamento fora do domicílio, onde foram indicadas adaptações para melhor mobilidade e autonomia; indivíduos com dificuldades respiratórias crônicas, onde foi orientado junto com a equipe de saúde medidas de controle e conforto respiratório; adultos jovens com sequelas neurológicas devido a acidente com arma de fogo e com restrições ao leito, onde foram orientadas medidas preventivas e estimulação à mobilidade do indivíduo pelo cuidador; e outras situações e casos com encaminhamentos necessários. As medidas recomendadas a usuários e cuidadores seguiram a lógica da discussão de casos junto à equipe.

### Considerações finais

Observamos, durante o período de intervenção, alterações nas rotinas das pessoas, buscando maior autonomia através de adaptações no ambiente doméstico, uso de meios auxiliares no deslocamento e participação em atividades fora do ambiente doméstico. Foram identificados e encaminhados vários usuários aos serviços de saúde da rede municipal de atenção à saúde, bem como discussão junto à equipe sobre procedimentos de rotina, entre outros.

Através da metodologia adotada na disciplina, podemos observar a interação do aluno no processo de trabalho da equipe da ESF, mostrando as diversas interfaces de trabalho do fisioterapeuta aos profissionais e a comunidade envolvidos, e efetivando a construção de um processo de ensino/aprendizagem baseado na realidade e necessidades identificadas em avaliação prévia. Diferente de uma formação anterior baseada no aprendizado de técnicas fisioterapêuticas curativas e/ou reabilitativas e que buscava a formação de um indivíduo especialista, hoje se busca, por meio do ensino de conteúdos mais amplos, a formação de um indivíduo com competência técnico-científica, generalista e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar no processo saúde-doença pautado em princípios éticos (TEIXEIRA, 2012).

Desta forma, as ações desenvolvidas proporcionaram situações de utilização das competências e habilidades desenvolvidas nesta etapa de formação do acadêmico, bem como o entendimento de uma abordagem integral do indivíduo considerando princípios de universalidade, integralidade e equidade na intervenção do fisioterapeuta na atenção primária da saúde, consolidando o PPC e projetando uma formação profissional adequada ao contexto do sistema de saúde do país (PETERSEN, 2008).

### Referências

- ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.
- BOTOMÊ, S. P.; REBELATTO, J. R. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- COSTA, M. L. F. da; MELO, M. C. M. de. Contribuições da disciplina saúde e cidadania na formação do bacharel em educação física. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO ESPORTE (18: Brasília: 2013); CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIA DO ESPORTE (5: Brasília: 2013). *Anais*. Brasília: 2013.
- PETERSEN, R. D. de S. *Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFRGS*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física. Porto Alegre: 2008.
- TEIXEIRA, Renato da Costa. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Fisioterapia em Movimento*. v. 25, n.1, p. 47-54, 2012.



## ATUAÇÃO DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA EM CENÁRIO DE PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DENTRO DE UM COMPLEXO HOSPITALAR

Adriana Alves Novakowski  
Luciana Barcellos Teixeira

### Apresentando o cenário e as possibilidades

O Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva é novo no país e o Estágio Curricular é uma atividade que permite ao aluno desenvolver habilidades nos cenários de práticas, tornando-o capaz de contribuir para a transformação da realidade em ação. O currículo do Bacharelado em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, baseia-se em eixos de atuação profissional, que são considerados estratégicos para uma formação generalista, considerando as possibilidades de atuação nos diferentes níveis de atenção dentro do sistema de saúde, especialmente inseridos no sistema público de saúde. Atualmente, dois estágios curriculares estão previstos, sendo um no eixo de gestão, planejamento e avaliação em saúde, e outro no eixo de promoção, vigilância e educação em saúde. O presente relato traz contribuições acerca do estágio desenvolvido no eixo de promoção, vigilância e educação em saúde, dentro de um complexo hospitalar na cidade de Porto Alegre, conhecido como Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

A formação do Bacharel em Saúde Coletiva prevê a realização de atividades em diversos espaços e nos diferentes níveis de atenção, sendo possível a realização de ações, inclusive, no nível terciário de atenção à saúde, como é o caso de um

complexo hospitalar, que abriga hospitais de grande porte que prestam assistência a determinadas especificidades dentro da assistência à saúde.

Na ISCMPA, o estágio curricular ocorreu na Unidade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, uma unidade criada dentro do Complexo para nortear todas as ações nessas três grandes áreas – promoção, vigilância e educação – que são desenvolvidas nos diferentes hospitais. Nesse sentido, o cenário de prática possibilita ao Bacharel em Saúde Coletiva compreender e dialogar com diversas áreas da saúde, como oncologia, maternidade, pediatria e cirurgia, priorizando as ações de prevenção primária, mas também desenvolvendo ações de prevenção secundária e terciária, dentro do nível terciário de atenção à saúde – que é o ambiente hospitalar. A promoção da saúde é uma ação de prevenção primária e corresponde a medidas educativas que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar dos indivíduos. A prevenção secundária e a terciária, a partir de Leavell e Clark (apud WESTPHAL, 2007), objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente, propondo, entre outras coisas, medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença (WESTHPAL, 2007).

Define-se como programa para promoção da saúde e prevenção de doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade; e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Ações voltadas à Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças estão entre as preocupações centrais da ISCMPA no âmbito da responsabilidade social, procurando envolver tanto a comunidade quanto o público interno. Nessa perspectiva, foi criada em 2013 a unidade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, que atua na área de saúde coletiva, priorizando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas pelos hospitais do Complexo Hospitalar, mas também atuando em ações de vigilância e educação em saúde.

Esta unidade presta serviços de apoio e acompanhamento das ações, assim como um trabalho em conjunto com os hospitais do complexo para o desenvolvimento de novas ações e projetos que possam ser compartilhados, apesar de alguns hospitais possuírem suas especificidades assistenciais. Nesse sentido, há um avanço sobre os processos produtores dos cuidados e

a integração, como uma “ação programática em saúde”, que interfere desde a estruturação dos serviços nas tecnologias e técnicas clínicas e sanitárias, e vai refletir sobre os modos mais tradicionais do agir profissional (SCHRAIBER et al., 1999), pensando novas possibilidades conjuntas de atuação para a promoção da saúde no âmbito das coletividades que existem dentro das instituições hospitalares.

Neste campo de estágio, desenvolveu-se um mapeamento e acompanhamento de todas as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidas dentro da Instituição, com o intuito de se ter o real número e conhecimento de todas as ações que os hospitais da ISCMPA desenvolvem. As informações foram compiladas posteriormente e socializadas através de um relatório anual, disponibilizado para a Instituição e a comunidade. Este documento também serviu de base para a gestão e planejamento dos recursos e criação de indicadores que permitam monitorar o real impacto das ações nas condições de saúde da população atendida no local.

### Atuação em promoção e educação em saúde dentro de um complexo hospitalar

Em termos de promoção e educação, o campo de estágio permitiu a elaboração e participação em alguns projetos que são citados a seguir. O Projeto do Idoso, desenvolvido dentro do estágio, tem como objetivo promover a humanização do atendimento e atenção integral ao idoso, nos diversos níveis de intervenções preventivas, destinado aos pacientes da instituição e comunidade, oferecendo serviços especializados de uma equipe multidisciplinar, como consulta em clínica médica, geriatria, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, como também atendimento odontológico específico e imunizações, de acordo com as necessidades dos idosos, além de serem assistidos na coleta de material para a realização de exames laboratoriais. Partindo deste conceito inovador de oferecer um serviço especializado para a terceira idade, o desafio inicial é torná-lo um serviço na Instituição, especialmente nos setores de emergências de todos os hospitais, bem como conscientizá-los da credibilidade e importância desta modalidade de atendimento. Nesta unidade de Serviço de Atendimento ao Idoso, o mesmo deverá receber um atendimento apropriado, considerando a visão de integralidade sobre os sujeitos. Todo idoso passará por uma avaliação de admissão e alta em que vários aspectos relacionados à sua saúde serão abordados (medicações em uso, síndromes geriátricas, aderência, funcionalidade, suporte

social, autopercepção geral da saúde, visitas recentes ao setor de emergência, sinais vitais, exames laboratoriais recentes e medida de risco prognóstico e grau de satisfação próprio). No momento da alta, as orientações necessárias são dispensadas pela equipe, e o paciente será referenciado para o serviço de saúde mais apropriado às suas necessidades, considerando os preceitos do SUS. Neste contexto, entra a atuação do Bacharel em Saúde Coletiva, profissional que precisará integrar a equipe multidisciplinar para conhecer a situação de saúde do usuário, e fazer um link da referência (ISCMPA) com a contrarreferência (Unidade de Saúde), pensando na continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

O projeto de Sobrepeso e Obesidade também foi elaborado no âmbito do estágio. Trata-se de um projeto que tem como objetivo desenvolver grupos de apoio e viabilizar o tratamento do sobrepeso e obesidade para funcionários da Santa Casa e comunidade, criando indicadores para análise e acompanhamento do projeto, viabilizando recursos junto ao Ministério da Saúde, assim como análise de estruturação do espaço físico, identificação de parceiros e criação de uma equipe multidisciplinar para atendimento e desenvolvimento do projeto.

Ao observar o expressivo número de voluntários que atuam na Instituição, para além dos projetos supracitados, o campo de estágio também possibilitou a elaboração de um projeto de Capacitação para Voluntários, que se destina à formação dos voluntários cadastrados na Santa Casa, para que estes desenvolvam educação popular em saúde, abordando questões relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, trabalhando com os seguintes temas: câncer de mama, obesidade infantil, tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável.

### Atuação em vigilância dentro de um complexo hospitalar

Em termos de vigilância, na Unidade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, o Bacharel em Saúde Coletiva tem a oportunidade de trabalhar dentro do Registro Hospitalar de Câncer, quantificando o número de casos de câncer que ocorrem na instituição, identificando a ocorrência da doença, buscando informações e registrando dados sobre a mortalidade por câncer e, também, aprendendo cálculos de estimativas de novos casos. Este trabalho visa colaborar com o Registro de Câncer de Base Populacional, para fornecer novas informações em nível nacional sobre o perfil dos pacientes com câncer atendidos



dentro do Complexo Hospitalar, dados que são de fundamental importância para subsidiar futuras políticas relacionadas ao enfrentamento deste problema de saúde pública.

### Considerações finais

Ao elencar as diferentes possibilidades de atuação, conclui-se que o campo de estágio foi de fundamental importância para o conhecimento da atuação profissional, porque contribuiu para mapear possíveis áreas de atuação em saúde coletiva dentro de uma instituição hospitalar, além de possibilitar, em diversos momentos, a aplicação prática do conhecimento teórico construído ao longo do curso (NOVAKOWSKI; TEIXEIRA, 2014). Com esta experiência, pode-se perceber a saúde coletiva como *campo científico* onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos, e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Pôde-se perceber que teoria e prática são as bases para o bom desempenho profissional e que se isoladas perderiam o sentido, pois uma complementa a outra, na tentativa de suprir as adversidades que eventualmente possam surgir. Reconhecemos que ainda é preciso documentar outras experiências práticas, bem como discuti-las em equipe multidisciplinar, para ampliar o escopo de atuação deste novo profissional de saúde com graduação em Saúde Coletiva. Nessa perspectiva, recomendamos a parceria com a ISCMPA e o oferecimento deste campo de estágio para turmas futuras, bem como o debate sobre a inclusão do profissional Bacharel em Saúde Coletiva para atuação profissional neste local.

### Referências

NOVAKOWSKI, A. A.; TEIXEIRA, L. B. Contribuições para a Formação de Graduação em Saúde Coletiva: Relato de Experiência de Estágio Curricular na Área de Promoção e Prevenção de Saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA (11. : 2014 : Fortaleza). *Anais eletrônicos*. Fortaleza: Rede Unida, 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/4784>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.635-667.

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UM NOVO DESAFIO PARA A ODONTOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Catia Rubinstein Selistre  
Ana Maria Jaeger Sant'Anna  
Ângela Maria Antunes Nunes  
Vania Maria Aita de Lemos

## Contexto e inserção do curso

Este relato busca apresentar a inédita experiência da integração ensino-serviço através da primeira edição do Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, com ênfase em Endodontia, Estomatologia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Periodontia e Gestão, tendo como instituições executoras a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Ministério da Saúde, e como uma das instituições parceiras a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A primeira turma realiza suas atividades práticas nos Centros de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre e Alvorada, no período de agosto de 2013 a agosto de 2015.

A Atenção Especializada no município de Porto Alegre conta com cirurgiões-dentistas atuantes nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), ofertando aos usuários do Sistema Único de Saúde as especialidades supracitadas. O tratamento oferecido é referência e complementar ao trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal da rede de atenção básica do município (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado pelo Ministério da Saúde em 2007, intencionou-se articular serviços de saúde com as instituições formadoras de futuros profissionais da área, reforçando a necessidade de orientar a formação profissional para atuação no Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007). A formação dos profissionais na área da saúde até este momento vinha sendo pautada nas tradicionais metodologias centradas na doença, baseadas no Relatório Flexner, de maneiras fragmentadas, acarretando um ensino dissociado da realidade e das reais necessidades de saúde das populações (MITRE, 2008). A formação na área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, utilizando-se de uma problemática concreta de possibilitar a produção do cuidado às reais necessidades das populações.

As Diretrizes e Bases da Educação Nacional, através da reformulação dos currículos nas instituições formadoras, inclusas as Diretrizes dos Cursos de Odontologia, estabeleceram um novo paradigma de formação, aproximando a academia dos serviços de saúde e fortalecendo o ensino em cenários de práticas do Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007). Através de uma relação de reciprocidade, o conhecimento da realidade atual e a prestação de serviços especializados aos cidadãos norteiam a integração ensino-serviço (MITRE, 2008).

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando qualificar a atenção à saúde de forma individual e coletivamente, qualificar a formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A integração ensino-serviço, através de mudanças curriculares com abordagens pedagógicas diferenciadas, pretende formar profissionais como sujeitos sociais, políticos e tecnicamente ativos, tendo a capacidade de responsabilizar-se e criticar a vida e a sociedade, intervindo na realidade (MITRE, 2008). Esta integração propicia um ambiente favorável à troca de saberes, favorecendo a busca de atualização profissional. Os serviços de saúde são os geradores das informações que alimentam as instituições de ensino. Cabe, portanto, às universidades incentivar a participação dos trabalhadores dos serviços e



retroalimentá-los com resultados e discussões (BREHMER, 2013). A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) é lançada com o objetivo de aproximar serviços e ações com as instituições formadoras, modificando a formação em saúde através da problematização das práticas e do trabalho em equipe (SILVA et al., 2013).

O espaço que une serviços e instituições formadoras possibilita produzir saberes inéditos, práticas e condutas interprofissionais para a produção do cuidado em saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nesta perspectiva, foi elaborado um projeto pedagógico na Faculdade de Odontologia da UFRGS, para a construção do curso de especialização enfocando o serviço público, possibilitando uma visão humanística da realidade vivenciada nas unidades de saúde e Centros de Especialidades. O curso de especialização apresenta um projeto pedagógico organizado em um eixo temático sobre o campo da Saúde Coletiva e outro eixo sobre o núcleo profissional, estruturados em unidades. Essas unidades são compostas de blocos de disciplinas teórico-práticas e demais atividades, como seminários, educação à distância e desenvolvimento de projetos terapêuticos. O projeto prevê, ainda, a participação de professores tutores e preceptores nos núcleos das especialidades, além do aspecto avaliativo final de todos os envolvidos. A formação dos profissionais vinculados à prática nos serviços públicos tem fundamental importância para o comprometimento dos mesmos com a rede de serviços e comunidade onde estão inseridos, fazendo com que o trabalho seja realizado através de equipes multiprofissionais e multidisciplinares. Esta filosofia permite ver o indivíduo de forma integral, promovendo e envolvendo a participação de todos os profissionais na melhoria da saúde dos cidadãos e da coletividade (HUGO, 2013).

### Cenários de práticas

O Centro de Especialidades Odontológicas Santa Marta (CEO tipo II) está localizado no Centro de Saúde Santa Marta, Gerência Distrital Centro, no centro de Porto Alegre. Atualmente, este CEO tem sua demanda regionalizada para as unidades de saúde da Gerência Centro e Restinga/Extremo Sul. Fazem parte da equipe cinco cirurgiões-dentistas que atuam nas áreas de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Estomatologia e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, além de cinco auxiliares de saúde bucal. O acesso do usuário ao serviço especializado do CEO é feito através de encaminhamento feito

pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Primária, pelo documento de referência e contrarreferência (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O curso de especialização em Periodontia conta com a participação de um preceptor acadêmico e quatro alunos. Já na área de Endodontia, há dois preceptores acadêmicos e sete alunos, distribuídos em dois turnos distintos. Tem-se, assim, um total de 11 alunos em atuação neste cenário de práticas. Os mesmos atuam individualmente no momento da clínica odontológica, sendo supervisionados por seus preceptores. A equipe de trabalhadores subsidia recursos técnicos e auxílio na adequação do ambiente de trabalho.

O contato inicial entre a UFRGS, a coordenação do CEO e a Secretaria Municipal de Porto Alegre, representada pela Área Técnica de Saúde Bucal, para o início das atividades práticas, foi realizada na Faculdade de Odontologia. Em um momento posterior, houve a recepção de preceptores e alunos no CEO, para reconhecimento do cenário das práticas, abordagem de fluxos e apresentação da equipe de trabalho.

O início da caminhada foi lento e gradual, através do reconhecimento mútuo entre trabalhadores, preceptores e alunos. O trabalho em um Centro de Especialidades requer de todos os atores envolvidos a capacidade de observar e se deixar observar, em um ambiente sempre compartilhado com os demais profissionais e usuários, além da atuação concomitante da equipe de profissionais auxiliares. Sabe-se que abordagens multiprofissionais e trabalho em equipe raramente são apresentados pelas instituições formadoras na graduação ou pós-graduação em Odontologia, reproduzindo esta mesma conduta individualizada no cotidiano, fragmentando as ações do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Entendemos que o processo caminha de forma gradual, onde todos os envolvidos buscam, dentro das suas experiências, ser protagonistas da melhoria dos serviços públicos. Cabe a Universidade, como formadora, capacitar seus alunos na busca da melhoria do conhecimento científico no entendimento fundamental da realidade de cada serviço, suas peculiaridades, seu modo de agir, enfim, toda a complexidade que envolve uma rede de atenção.

Inúmeras dificuldades foram aparecendo, como todo o processo em construção. A primeira foi a de relacionamento, no momento da definição dos papéis de cada ator envolvido, promovendo

um tensionamento das partes. Até onde os alunos poderiam atuar, onde a coordenação do serviço interfere na conduta dos discentes, o papel do preceptor acadêmico como ligação entre os dois extratos.

Situações que não condiziam com a conduta do serviço foram levadas para discussão com as instituições organizadoras, onde ajustes foram necessários para que a integração dos alunos com o serviço fosse satisfatória para ambos, buscando da melhor forma um entrosamento harmônico entre equipe do Centro de Especialidades, alunos do curso e preceptores.

### Considerações

Ainda serão necessários muitos passos para que se possa de fato consolidar a integração ensino-serviço. Oriundos de diferentes escolas de formação de graduação, os alunos necessitam estar integrados no ambiente de trabalho como um todo, desde a recepção da Unidade de Saúde, perpassando a sistematização de marcações de consultas e o retorno do usuário à unidade de origem. A participação nas reuniões de equipes nos serviços proporciona o conhecimento do desenho organizativo da instituição pública e do Sistema Único de Saúde.

O diálogo é uma parte fundamental nas relações, contribuindo no esclarecimento de dúvidas diárias e aproximando os membros da equipe. Na integração ensino-serviço, este diálogo deve ser estável, em espaços definidos, com a participação de representantes das universidades e unidades de saúde. As relações de poder e força devem promover discussões a fim de que se construam e reconstruam alternativas para a solução dos obstáculos (BREHMER, 2013).

O processo de integração encontra-se precoce, mas é possível observar desde já a necessidade de um processo de monitoramento sistematizado e avaliações constantes, envolvendo todos os atores deste processo.

Os diferentes cenários de prática no SUS promovem ao aluno experiências únicas na sua formação. Nestes cenários também se desenvolvem conflitos de interesses, dificuldades e conquistas, passos que servem como arcabouço para o estreitamento da verdadeira integração. Sabe-se que, para se produzir uma nova concepção de linha de cuidado, há a iminente necessidade de se integrar academia e serviço. Este espaço, quando firmemente delimitado, torna-se capaz de demonstrar o objetivo central de toda a articulação, que são as reais necessidades de saúde da população (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Estamos construindo um novo cenário de agir com a integração ensino-serviço, fazendo com que estas vivências auxiliem significativamente a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Somente com o comprometimento de todos (trabalhadores, serviços, gestores e universidades) conseguiremos fortalecer o Sistema Único de Saúde, garantindo saúde integral à população brasileira.

### Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.3, n. 32, p.356-362, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. Disponível em< [http://prosaude.org/rel/pro\\_saude1.pdf](http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf) > Acesso em: 21 jul. 2014.

BREHMER, L. C.F; RAMOS, F. R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.1, n. 16, p. 228-237, jan./mar. 2014. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>. > Acesso em : 21 jul. 2014.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 13, sup. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>> Acesso em: 20 jul14.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Porto Alegre, 2013. 344p. Disponível em< [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms\\_2014-2017.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014-2017.pdf) > Acesso em: 20 jul.2014.

SILVA, C.T. et al. Educação Permanente em Saúde: Percepção de Profissionais de uma Residência Multidisciplinar. *Revista de Enfermagem UFSM*, v. 3, p. 627-635, 2013. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11067/pdf> > Acesso em: 22 jul. 2014.





INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO  
PELO TRABALHO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# AÇÕES DO “PET-CEGONHA” NO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL

Mariene Jaeger Riffel  
Helga Geremias Gouveia  
Carmen Maria Tomazelli Lunardi  
Evelyne Duarte

## Introdução

A Portaria nº 822/GM (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), de 06 de junho de 2001, que instituiu o Programa de Triagem Neonatal, ou “Teste do Pezinho”, promove, atualmente, a investigação das seguintes doenças congênitas ou metabólicas: Fenilcetonúria, Anemia Falciforme e Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hipotireoidismo Congênito Primário, Deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita. Para que o programa tenha êxito, é necessário a conscientização da população e o apoio das instituições de saúde. A meta do Programa de Triagem Neonatal é a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas. O que significa que, para o êxito do Programa, além da oferta da triagem, é necessário que os serviços de saúde organizem processos de trabalho e fluxos de atenção capazes de avançar para além do diagnóstico. A articulação entre ações e serviços é uma tendência que se verifica nas políticas para a área da saúde nos últimos anos, tendo destaque instrumentos normativos que definem e induzem a configuração de Redes de Atenção.

Para o ciclo de vida compreendido pela gravidez, parto e o puerpério, o Ministério da Saúde instituiu a chamada Rede Cegonha, que “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar



à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério” e também prevê à criança “o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Para isso, a portaria estabelece que essa rede deve possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entre as ações previstas na Rede Cegonha, está a garantia de acesso ao Teste do Pezinho para 100% das crianças de 0 a 12 meses. A importância sanitária e social dessa iniciativa, assim como a potencialidade educacional de sua implantação fez com que a UFRGS inserisse essa iniciativa no projeto submetido ao Edital de Convocação de Projetos para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), no ano de 2012.

O PET-Saúde, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação, foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802/2008 e é “destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS”, sendo caracterizado como dispositivo para viabilizar “programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008).

O projeto institucional da UFRGS, denominado PET Cegonha, tem como objetivo geral promover ações sobre Triagem Neonatal (TN). Como objetivos específicos, foram definidos: coletar material para a TN em 90% dos recém-nascidos das gestantes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) 1º de Maio que fizeram pré-natal na Unidade; capacitar profissionais envolvidos na realização da TN; orientar gestantes e familiares, nas oficinas lúdicas, sobre a realização da TN entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê; sistematizar práticas para a realização da TN; agilizar o envio do material coletado ao laboratório; e confeccionar cartaz para exposição na unidade e *folder* informativo sobre a TN para distribuição à comunidade.

Na UFRGS, as ações do PET Cegonha, objeto deste trabalho, foram institucionalizadas no projeto de extensão número 23565 e coordenado por tutoras do PET Redes, direcionado à implementação das diretrizes da Rede Cegonha, principalmente

àquela que se refere à atenção da saúde da criança de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade. Foi desenvolvido na UBS 1º de Maio, localizada no distrito docente-assistencial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e gerência Glória/Cruzeiro/Cristal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a UBS presta serviço para cerca de 2680 domicílios, totalizando 7655 pessoas, sendo que 2.303 são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Conforme previsto no projeto PET Cegonha, foram realizadas as seguintes ações: oficinas lúdicas para orientação de gestantes sobre TN, captação de gestantes em sala de espera para participação em grupos de orientação, orientações em consultas de pré-natal e puerpério, reuniões para educação continuada com profissionais de enfermagem da UBS, apresentação do projeto e divulgação de resultados à equipe, e elaboração de material audiovisual – fluxograma e *folder* informativo sobre TN.

Este texto descreve e analisa as ações realizadas, sob a perspectiva assistencial e educacional, conforme previsto no PET-Saúde.

### Desenvolvimento

No período de maio de 2013 a abril de 2014, 120 gestantes realizaram acompanhamento pré-natal na UBS, prevendo-se que esta UBS recebesse o mesmo número de recém-nascidos para a coleta de sangue para a TN do 3º ao 5º dia de vida.

Para que nenhuma criança fique sem o “teste do pezinho” (TN), a Estratégia da Rede Cegonha, inclusa nos programas do Ministério da Saúde brasileiro, prevê uma visita domiciliar durante os primeiros dez dias pós-parto, para que todas as crianças sejam examinadas neste período. No entanto, esta UBS não dispõe de Agentes Comunitários de Saúde para busca ativa dos recém-nascidos que não comparecem à unidade. Assim, constatou-se que 66 (55%) crianças nascidas destas mulheres fizeram a coleta para TN na UBS (Figura 1). Tal achado causou estranheza aos profissionais visto que o número de TN na unidade foi de 115 no período. Daí constatou-se que várias crianças oriundas de outras áreas de abrangência realizam os testes nesta UBS que, por sua vez, tem como princípio não negar a realização do teste a nenhuma criança que a ela recorre, especialmente pela importância de sua realização entre o 3º e 5º dia de vida. Outros motivos foram: algumas crianças permaneceram mais de cinco dias internadas após o nascimento e, por isso fizeram o teste

no hospital; algumas mulheres mudaram de endereço pouco tempo antes ou logo após o nascimento, realizando o teste, possivelmente, em outra UBS ou cidade.



Figura 1. Coleta de amostra de material para triagem neonatal com o recém-nascido no colo da mãe

Fonte: Acervo pessoal dos autores

Para que as crianças e suas famílias sejam devidamente acolhidas e o teste seja realizado nas condições indicadas são previstas atualizações. Este projeto de extensão promoveu a primeira atualização em equipe (Figura 2). Anteriormente as capacitações eram realizadas individualmente e fora da unidade somente aos responsáveis pela coleta das amostras para o teste.



Figura 2. Apresentação dos resultados das ações de TN para trabalhadores da UBS pela equipe do PET-Cegonha.

Fonte: Acervo pessoal dos autores

O primeiro passo para a capacitação foi o treinamento das acadêmicas de enfermagem pertencentes ao grupo do PET Cegonha no Centro de Triagem Neonatal do RS. A partir daí realizaram-se capacitações com a equipe de enfermagem, onde foi revisada a técnica da coleta do material para o teste e o fluxo de encaminhamento dos mesmos e reuniões informativas sobre o desenvolvimento das ações.

Na abordagem da técnica de coleta foram enfatizadas a importância de identificar a área de punção (sempre nas laterais do pé do recém-nascido), do aquecimento do pé do bebê e da secagem do local da punção para evitar a diluição da amostra. Na sequência, orientou-se sobre: a melhor posição do bebê ao colo para uma coleta adequada, o material adequado para coleta das amostras (lanceta estéril, luvas, gazes secas, cartão especial para coleta); a importância da espera de formação de uma grande gota de sangue previamente a cada preenchimento dos círculos do cartão (sem que se sobreponham para completar áreas mal preenchidas); a necessidade de encostar delicadamente o cartão na gota de sangue certificando-se da saturação do espaço em ambos os lados. Salientou-se a necessidade das amostras secarem em temperatura ambiente protegidas da luz solar direta, do aquecimento e da umidade, e do uso de envelopes individuais para cada cartão, que deve ser enviado logo que a amostra esteja seca e que haja disponibilidade de transporte pelo Correio (ORIENTAÇÕES..., s.d.). Por último, enfatizou-se a importância da orientação ao usuário para a busca do resultado dos testes na UBS, uma vez que atualmente são disponibilizados *on line* pelo laboratório e impressos na unidade para entrega aos responsáveis pelo bebê.

Os três encontros tiveram como tônica a importância da participação da equipe na divulgação e estímulo à população para a realização da TN entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê, retomando-se aspectos das doenças envolvidas na triagem e sequelas nas situações em que não haja tratamento adequado.

Além das reuniões, elaborou-se um *folder* informativo sobre a TN (Figura 3) para ser distribuído às gestantes, puérperas e usuários interessados durante suas consultas e participação nos grupos. Outra ação que, assim como na elaboração do *folder*, ocupou um grande período de tempo foi a elaboração de um cartaz com o fluxograma da TN (Figura 4).



**UBS 1º de Maio**

Endereço: Av. Prof. Oscar Pereira, 6199 – Cascata.

Telefones: 3318-4841

Horário de funcionamento: De 2ª à 6ª feira, das 7h às 18h.

**Leituras recomendadas:**

- [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/180\\_teste\\_pezinho.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/180_teste_pezinho.html)
- <http://portal.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/area-saude/noticias-americas-agencia-saude-1152>
- <http://www.einstein.br/einstein-saude/cm-dia-com-a-saude>
- [http://www.saude.rs.gov.br/contudo/7353/?Teste\\_do\\_Pezinho\\_deve\\_ser\\_realizado\\_entre\\_o\\_3%C2%BA\\_e\\_5%C2%BA\\_dia\\_de\\_vida](http://www.saude.rs.gov.br/contudo/7353/?Teste_do_Pezinho_deve_ser_realizado_entre_o_3%C2%BA_e_5%C2%BA_dia_de_vida)

Imagens retiradas do site do Ministério da Saúde.

Projeto de Extensão EENF - UFRGS: AÇÕES DO PET-CEGONHA NO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL.  
 Autores: MARIENE JAEGER RIFFEL; HELGA GEREMIAS GOUVEIA; CARMEN LUNARDI; EVELYNE DUARTE DE A. SILVA; VIVIANE A. DO ROSÁRIO e BÁRBARA ERGANG.



**Porque quem ama desde cedo pega no pé!**



**O que é o Teste do Pezinho?**

É uma ação preventiva que permite descobrir doenças presentes no bebê desde o nascimento e que só podem ser descobertas por exames. Se tratadas logo no início da vida evitam deficiências e até mesmo a morte.

**Qual o período ideal para fazer o Teste do Pezinho?**

A partir do 3º ao 5º dia de vida do recém-nascido, pois para o diagnóstico da fenilcetonúria é

**O teste é obrigatório?**

Atualmente, o teste é obrigatório por lei em todo o território nacional.

**Como é feito o exame?**

O exame é realizado com algumas gotas de sangue retiradas do calcanhar do pezinho do bebê.

**CURIOSIDADES:**

- Estudos demonstram que amamentar pelo menos 30 minutos antes ou durante o exame deixa o bebê mais tranquilo e diminui a sensação de dor.
- Até 2013 o resultado do exame era entregue 30 dias após a coleta, atualmente, o resultado é entregue em 15 dias.
- Rede Cegonha – ações que tem como objetivo garantir a assistência integral à saúde a mulher pelo SUS, desde a confirmação da gravidez até o segundo ano de vida do filho, com a oportunidade de ser acompanhada por familiares.

necessário que a criança já tenha sido amamentada.

Se, por algum motivo especial, o exame não puder ser realizado neste período, deve ser feito em até 30 dias após o nascimento.

**Onde eu posso fazer o Teste do Pezinho?**

No posto de saúde de sua referência.

**Quais são as doenças que podem ser prevenidas?**

- Hipotireoidismo Congênito:** impede o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido e é a causa mais comum de retardo mental.
- Fenilcetonúria:** faz com que uma substância chamada fenilalanina, intoxique o cérebro, causando retardo mental irreversível.
- Anemia Falciforme:** é a anemia que provoca fortes crises de dor nas costas, pernas e braços. Quando não é tratada adequadamente pode afetar os olhos, os rins e o coração.
- Fibrose Cística:** conhecida como doença do beijo salgado e é percebida pelas mães logo nos primeiros dias de vida ao beijar o bebê. Tem como principais complicações o sangramento pulmonar e o pneumotórax, ou seja "vazamento de ar do pulmão", infecções graves, e obstrução intestinal.

**TESTE DO PEZINHO**

**Do 3º ao 5º dia de vida do bebê!!**



• **Hiperplasia Adrenal Congênita:** impede a produção correta de substâncias necessárias para o funcionamento das glândulas responsáveis pela produção de hormônios como o cortisol e a aldosterona, além de produzir hormônios masculinos em excesso. Na sua forma mais grave resulta em morte.

• **Deficiência de Biotinidase:** manifesta-se geralmente a partir da 7ª semana de vida do bebê com distúrbios no cérebro, na pele, atraso no desenvolvimento, entre outros. Quando descoberta mais tarde é comum problemas na visão, audição e retardo mental.

**IMPORTANTE!!!**

O teste do pezinho permite a identificação rápida, segura e a tempo de iniciar o tratamento adequado, diminuindo os riscos, os danos e as sequelas destas doenças.

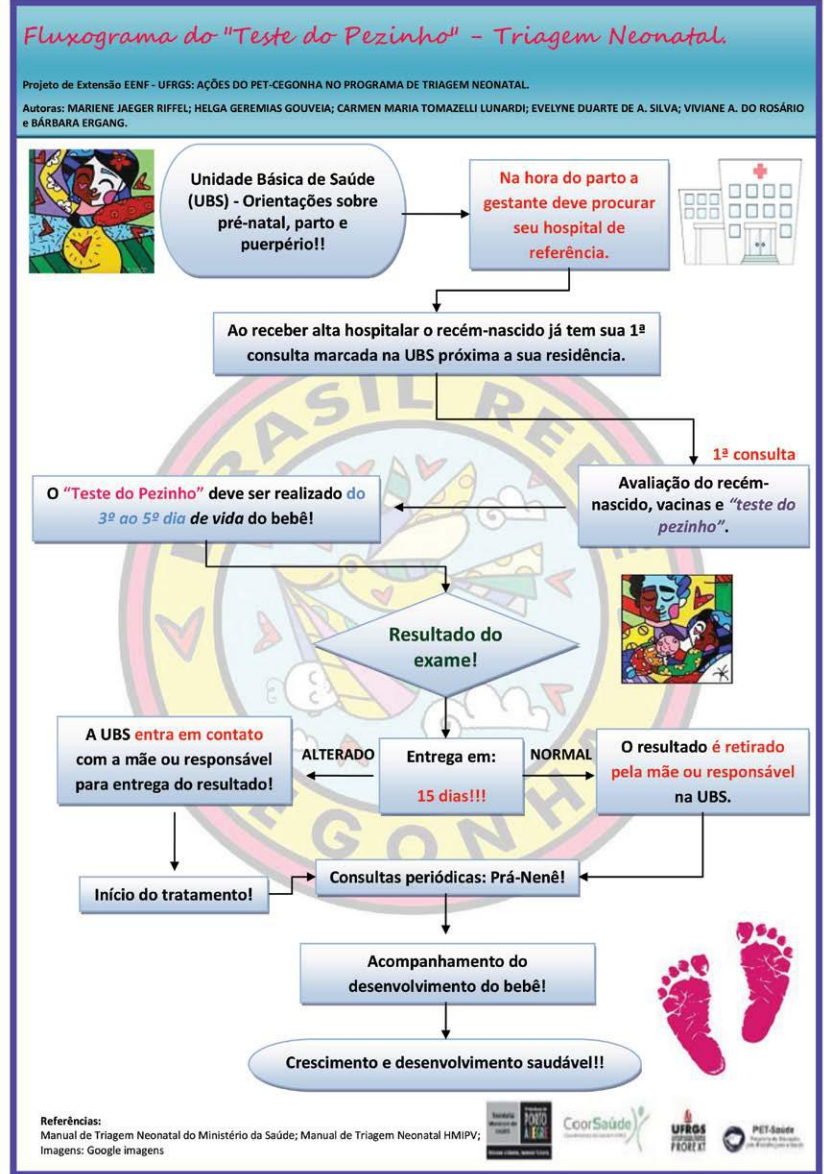


Figura 3. Folder para orientação sobre Triagem Neonatal para usuários.  
 Fonte: Acervo pessoal dos autores

Figura 4. Fluxograma da Triagem Neonatal  
 Fonte: Acervo pessoal dos autores

Foram realizados grupos de orientações (Figura 5) com gestantes e puérperas, ocasião em que as mesmas foram orientadas sobre cuidados referentes a sua saúde e a de seus bebês e, portanto, sobre a importância da TN. Além dos grupos foram promovidas rodas de conversa com gestantes que aguardavam na sala de espera da unidade com orientações semelhantes.





Figura 5. Consulta de enfermagem à puérpera  
Fonte: Acervo pessoal dos autores

Uma das ações que as gestantes demonstraram grande satisfação foi a realização de oficinas lúdicas com a confecção de “lembrancinhas de nascimento”. Esta ação contou com a moldagem e pintura de pezinhos em “biscuit” (Figura 6) que puderam ser levados para casa. Tais oficinas foram realizadas com material adquirido com fomento da Pró-Reitoria de Extensão e tiveram orientações direcionadas ao “teste do pezinho”, mas também versaram sobre a gestação, o parto, o puerpério e cuidados com o bebê. O chamamento foi realizado por meio de convites afixados tanto na entrada quanto dentro da unidade (Figura 7). Algumas das participantes foram convidadas por telefone. Em todos os encontros com gestantes e puérperas foi reforçada a importância da realização do teste do pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê.



Figuras 6. Usuária com o “pezinho” produzido durante oficina para confecção de lembrancinhas de nascimentos  
Fonte: Arquivo pessoal dos autores



Figuras 7. Convites para participação nas oficinas  
Fonte: Arquivo pessoal dos autores

## Resultados

Foi possível individualizar o registro de fluxo da TN. Foram capacitados dez profissionais de enfermagem da UBS, orientados sobre a importância da TN e sobre as doenças que podem ser precocemente detectadas. Foram proporcionadas oficinas lúdicas de confecção de lembrancinhas, durante as quais gestantes foram orientadas sobre a importância da TN. Foram promovidos grupos de orientação para gestantes e familiares que aguardavam atendimento em sala de espera. Estenderam-se as ações de capacitação para todos os profissionais que atuam na UBS. Constatou-se que, atualmente, os materiais coletados são enviados ao laboratório três vezes por semana pela empresa dos Correios e os resultados são disponibilizados 15 dias após, na UBS, reduzindo à metade o prazo de entrega. Percebeu-se que processo de envio das coletas pode, ainda, ser melhorado.

No período de maio de 2013 a abril de 2014, 115 amostras para TN foram coletadas de crianças pertencentes ou não à área de abrangência da UBS; 66 (55%) exames foram realizados em filhos de algumas das 120 mulheres que realizaram o pré-natal na UBS. No mesmo período foram identificados 147 nascimentos de crianças moradoras na área (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL, 2014). Não foram identificados os motivos pelos quais crianças não moradoras na área de abrangência da UBS foram a esta unidade para coleta de amostra para TN.

Notou-se que, na reunião para apresentação dos resultados finais à equipe, quando todos os participantes envolvidos encontravam-se presentes (médicos, dentistas, auxiliares de odontologia, administrativos, acadêmicos de enfermagem e



nutrição, técnicos de enfermagem e enfermeiros), os achados relativos ao número de recém-nascidos cujas mães realizaram pré-natal na UBS e também o teste do pezinho surpreenderam, visto que era esperado um percentual bem maior de crianças. No entanto este resultado, em vez de perturbar negativamente o ânimo dos trabalhadores, pareceu motivar o grupo para a continuidade das ações deste projeto.

### Conclusões

Os sujeitos da ação foram profissionais de saúde, gestantes e familiares. Pode-se dizer que a maior parte dos objetivos foi atingida. As ações voltadas para a informação e orientação da comunidade sobre a TN foram realizadas envolvendo a capacitação de todos os profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com a coleta, armazenamento, envio das amostras e entrega dos resultados aos responsáveis pelas crianças. Houve revisão da técnica e do fluxo da TN, elaboração de materiais ilustrativos para permanência na UBS e distribuição à população interessada. Além dos profissionais da enfermagem, foram reunidos os demais profissionais que atuam na UBS para abordagem de tópicos relevantes sobre o tema, como importância do exame e das doenças que podem ser precocemente detectadas e as implicações fisiopatológicas das doenças triadas. Percebeu-se a importância de abordagem do assunto por meio de atividades variadas, o que deve ter contribuído fortemente para o grande envolvimento da equipe e possibilitado a abordagem de assuntos relacionados à atenção materno-infantil que, todavia, não foram objeto deste projeto de extensão. Percebeu-se a necessidade de investigar os motivos que levam mulheres que realizam pré-natal na unidade a não realizarem a TN de seus recém-nascidos no mesmo local e vice-versa, resultando na identificação de um percentual abaixo dos 90% que se pensava atingir.

Tudo isto faz-nos crer na importância da promoção de ações de interesse da comunidade, voltadas à saúde da população, e que possam ser levadas adiante em atividades de extensão universitária. A aproximação entre a Universidade e os serviços, conforme prevê o PET-Saúde, oportuniza a aprendizagem de estudantes, professores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, mas também o desenvolvimento de tecnologias de atenção à saúde que qualificam o SUS.

### Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 822/GM, de 06 de junho de 2001*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html#art8](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#art8). Acesso em: 20 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. 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). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1802_26_08_2008.html). Acesso em: 20 set. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Dados do censo IBGE 2010*. Brasília: 2010. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=918](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918). Acesso em: 20 jul. 2014.
- ORIENTAÇÕES gerais para coleta dos testes de triagem neonatal. Laboratório de Referência em Triagem Neonatal – LRTN / RS. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, s.d.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. *Informações em saúde*. Eventos vitais. SIM&SINASC 2013-2014. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=919](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919). Acesso em: 22 jul. 2014.

## “PET GESTÃO”: CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE SABERES

Janaina Trindade Costa  
Juliana Karine Rodrigues Strada  
Liliane Maria dos Santos

*(...) Desmediocrize sua vida. Procure seus “desaparecidos”, resgate seus afetos. Aprenda com quem tiver algo a ensinar, e ensine algo àqueles que estão engessados em suas teses de certo e errado. Troque experiências, troque risadas, troque carícias. Não é preciso chegar num momento-limite para se dar conta disso...*

Martha Medeiros

As palavras de Medeiros (2013) nos sugerem que não existem verdades, que a vida é feita de trocas e composições, precisamos estar abertos para os encontros. Pretendemos relatar neste texto os encontros vivenciados entre profissional e estudante de saúde, as trocas, as experimentações nos serviços que compõem a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC), que estão sendo oportunizadas pelo projeto PET Gestão. No curso de enfermagem, os discentes possuem poucas vivências fora do da área hospitalar, principalmente nos campos de estágios na atenção primária no contexto da gestão pública em saúde. Para uma formação ampliada do profissional de saúde é imprescindível que ele tenha contato com os diversos âmbitos do Sistema Único de Saúde, durante a formação acadêmica. A vivência na GDGCC tem possibilitado às alunas, em linhas gerais, conhecer outros espaços da saúde, que não aqueles restritos à área hospitalar,

tais como as unidades de atenção primária em saúde, os serviços especializados e os substitutivos deste território de atuação.

Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inova essa prática de formação, através do Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011, onde propõe o PET Gestão. Trata-se de uma estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e que tem como finalidade integrar ensino, serviço público de saúde e comunidade.

O PET Gestão, contemplado no referido edital, tem como propósito qualificar a integração entre o serviço e o ensino no âmbito da Gestão dos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a fim de qualificar a atenção prestada a essas comunidades. Como referem Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46), “(...) praticamente inexistente o registro sobre a relevância e necessidade da integração ensino-serviço-gestão-controle social e a articulação com os acadêmicos na área da área da saúde.” Este projeto conta com a participação de trabalhadores dos Distritos GCC, de alunos e de professores dos cursos da área da saúde da UFRGS (enfermagem, medicina, odontologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicologia, etc.).

### Encontros potentes: as conexões entre trabalhadora e estudantes

Em novembro de 2012, na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, teve início o projeto em questão, com vistas ao planejamento da proposta encaminhada ao Ministério da Saúde. Para conhecer, vivenciar e compreender a dinâmica dos serviços no foco da gestão, os acadêmicos realizaram observações nas reuniões de equipe e visitas nos serviços que compõem essa Gerência. Nestes percursos, foi utilizado diário de campo, onde foram registradas as observações percebidas e sentidas sobre a organização e o processo de trabalho da gerência. Nos registros são pontuadas as relações entre os trabalhadores, as reuniões de equipe, os debates, os consensos e conflitos que nelas ocorrem, as interlocuções entre as chefias e os trabalhadores, e outras situações que compõem a rede do campo dos serviços. O trajeto nos serviços de saúde que são percorridos é planejado a cada encontro, envolvendo as estudantes e a profissional da saúde.

Nestes encontros entre as estudantes e a trabalhadora, são discutidas as vivências experimentadas e a interface com os autores que estudam gestão, organização, processo de trabalho, ergologia,



saúde pública, educação permanente, entre outras temáticas que envolvem este campo do conhecimento. Momentos potentes, a cada encontro programamos os próximos passos, na perspectiva da cartografia em que “não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim” (PASSOS; KASTRUP; SCÓSSIA, 2010, p. 32). Buscamos composições, trajetos que zigzagueiam no acompanhamento dos processos latentes deste território.

Essas experiências e encontros afetaram positivamente a trabalhadora e as estudantes, produzindo reflexões na formação e no trabalho da gestão desta gerência.

A participação no PET Gestão tem proporcionado aprendizados que ampliam a visão da estudante para além da realidade do contexto hospitalar, contribuindo na formação, a qual possibilita utilizar o conhecimento acadêmico na troca com a vivência no serviço. Como pontua Silva et al. (2010, p.175), “[...] tecnológica na saúde hoje em dia ocorre no campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação a transição do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado.”

Essa inserção nos serviços de trabalho vivo tem oportunizado desacomodar acadêmicos e, em ressonância, a aluna desacomoda professores e colegas a partir de questões realizadas em sala de aula, num movimento de construção e desconstrução de saberes. A trabalhadora de saúde também faz referência aos benefícios dessa inserção da universidade, a qual lhe permite, entre outros ganhos, por exemplo, atualizar conhecimentos do ensino na saúde, realizados pela Universidade. Essa troca de saberes entre acadêmicos e trabalhadores provoca um processo de problematizações, que os tiram da zona de conforto. Como referem Barros e Fonseca (2010, p. 107), “o trabalho é um lugar de problematizações que convoca os sujeitos a fazerem escolhas no sentido de se dar novas normas, tornando a vida possível de ser vivida no meio de trabalho”.

Este espaço de aprendizado, de trocas, de encontros, crescimento profissional e pessoal, permite vivenciar novas experiências, buscar outros desafios, que nos fazem refletir, olhar, transgredir por caminhos que em alguns momentos a Instituição de Ensino Superior (IES) não possibilita. Por outro lado, a trabalhadora de saúde é convocada a rever seus processos de trabalho, quando as acadêmicas, com o seu olhar de estrangeiras, realizam questionamentos.

Nesta relação, para além das respostas, as questões se tornam habituais, trazem inquietude, induzem o desejo de circular por outros caminhos, becos e entradas ainda não conhecidas. Busca-

se, através de referencial teórico, da cartografia das reuniões de equipe, da construção do mapa do território, das trocas entre as alunas e trabalhadora, movimentos que produzem uma riqueza de informações. E a circulação que as acadêmicas realizam pelos serviços possibilita relacionar o que é encontrado nos serviços em ato com a literatura discutida na IES, provocando movimentos. No próximo ponto, passaremos a relatar alguns percursos realizados nesta relação.

### Vivência: Compondo o trajeto

Nos caminhos realizados pelas acadêmicas nos serviços que compõem a GD GCC, através de participação nas reuniões de equipes, elas observaram e registraram nos diários de campos suas percepções, como a descrita abaixo:

*A coordenação da reunião abriu espaço para opiniões e discussões, sendo que a equipe aparentou ficar a vontade para falar. Para a tomada de decisões sempre era realizada votação entre os presentes. Não pareceu haver conflitos entre os integrantes do grupo, mesmo em momentos de discordância, embora fique clara a posição de liderança do coordenador, que de forma enfática mostra suas opiniões e orientações. Todos participaram em algum momento, mesmo sendo alguns mais falantes que outros. O coordenador foi quem procurou manter o foco do grupo no trabalho.*

Trazemos outros registros realizados no diário de campo das alunas, que reafirmam a riqueza no processo de inserção dos acadêmicos nos serviços:

*No início achei que a base estava no modo como eu escreveria, depois notei que na verdade era o modo como eu observava e refletia sobre o que era visto e assim, naturalmente, a escrita já se mostraria de outra forma. E, de fato, noto uma diferença extrema na riqueza de detalhes entre meu primeiro relato e os que tenho feito atualmente. Com essa mudança passei a descobrir a importância das leituras, dos nossos encontros e de perceber que nem tudo o que eu notava nas reuniões eram coisas insignificantes e que talvez elas fossem mais importantes do que eu pensava, por isso deveria compartilhar, para que pudéssemos ver quais eram os pontos de vista do grupo sobre uma mesma situação e assim, enriquecer ainda mais nosso projeto.*

*Toda essa transição entre uma observação “robotizada” e uma observação mais informal, em que nos colocamos nos relatos, aconteceu de forma muito rápida. Atualmente já*

*tenho uma facilidade muito maior em chegar às unidades, em observar e me sentir mais segura do que eu estou fazendo, sem pensar que o que eu vejo não significa nada, cada detalhe que analisamos pode ser muito rico e por detrás dele pode haver muito mais informações do que pensamos ter.*

Estes registros apresentam um acúmulo das acadêmicas, a ampliação de suas percepções, do olhar, da escuta e sua implicação na compreensão do espaço inserido na Gerência.

O diário de campo é uma ferramenta que possibilita o registro imediato do que percebemos, olhamos, questionamos, sentimos, pois “é preciso praticar, ir a campo, seguir processos. Lançar-se na água, experimentar dispositivos, habitar um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita” (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2012, p. 2010). O diário de campo viabiliza o exercício da escrita e a captura do momento vivido. Trazemos abaixo outra situação experimentada em um serviço da Atenção Primária em Saúde pela acadêmica, e registrada em seu diário de campo:

*Outro caso que nos inquietou a respeito da melhor conduta foi de uma usuária que chegou solicitando preservativo e os mesmos foram entregues sem nenhuma discricção, tendo a usuária saindo com as camisinhas na mão. Perguntamo-nos se o correto não seria os preservativos ficarem à disposição dos usuários, sem que precisassem solicitar, para evitar constrangimento, fato que já foi comentado em uma reunião do colegiado.*

É através destas vivências e experimentações, que algumas reflexões são provocadas e suscitadas pela acadêmica, que lembra de um de seus registros sobre a fala de uma coordenadora na reunião de colegiado<sup>1</sup>: “quanto mais o coordenador se posiciona, quanto menos omissos, é, mais respeito terá da equipe”. As acadêmicas trazem que estas questões são pouco trabalhadas na faculdade, e trazem alguns questionamentos para refletir: aprendemos na IES que o enfermeiro deve ter uma postura de liderança, mas o que é ser líder? Qual é a necessidade de ter tal postura? Quais são os conflitos a serem enfrentados e como podemos enfrentá-los? Isso somente vivenciando, presenciando situações em que devemos assumir tal postura para poder dimensionar sua importância.

<sup>1</sup> Reunião do Colegiado é composta por todos os Coordenadores dos Serviços da GD GCC.

Há uma necessidade de profissionais “pensantes”. Como pontua Mosé (2011, p. 169): “é preciso aprender a pensar, diz Nietzsche, pensar é uma atividade que exige aquisição de uma técnica, assim como na dança. É preciso aprendê-la, exercitá-la, até adquirir a sofisticação de um mestre, de um bailarino”.

Nas aulas, dizem elas, a reflexão é mais voltada para a parte teórica, ao paciente, às patologias, na qual utilizamos mais a memória do que o pensar/refletir. Pontuam que no PET Gestão são estimuladas a mergulhar em pensamentos sobre a relação com as pessoas, como gerenciar todas as incumbências em torno das unidades, os conflitos existentes. Como pontua Merhy (2002, p. 30), “a transição tecnológica na saúde hoje em dia ocorre no campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado.”

A participação no PET Gestão tem proporcionado entre nós, alunas e trabalhadora, um movimento de ampliação dos olhares no sentido que estamos num processo de construção. Esta vivência tem sido muito valiosa, e a relação alunas e trabalhadora tem proporcionado momentos prazerosos de discussões, construções e questionamentos.

Podemos pontuar que, com a inserção de acadêmicos de cursos da área da saúde no contexto da saúde pública com foco na gestão, esta relação ensino serviço possibilita provocar e induzir mudanças nos currículos que atendam a esta demanda. Os serviços, com a participação de alunos, são provocados no seu fazer através de questionamentos, dúvidas, o que instiga o ato de pensar. Para tanto, queremos finalizar estes pensamentos com Paraíso e Meyer, (2012, p. 28): “...tudo aquilo que estamos lendo, vendo, sentindo, escutando e analisando pode e deve ser interrogado e problematizado, porque podemos mostrar ‘como os discursos se tornaram verdadeiros’, quais foram as relações de poder travadas, quais estratégias foram usadas, que outros discursos foram excluídos para que estes pudessem ser autorizados e divulgados.”

## Referências

- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FONSECA, Tania Maria Galli da. Entre prescrições e singularizações: o trabalho em vias da criação. *Revista de Psicologia*, v. 22, n. 1, p. 101-114, jan./abr. 2010.
- CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. O Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 41-65, 2004.



MEDEIROS, Martha. *Doidas e Santas, Crônica “Antes de Partir”*. 35.ed. Porto Alegre: L&PM, 2013.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOSÉ, Viviane. *Nietzsche e a Grande Política da Linguagem*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2005.

PARAISO, Marlucy Alves; MEYER, Dagmar Estermann. *Metodologias de Pesquisas Pós-Críticas em Educação*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.1, p.166-176, fev. 2010.

## RELATO DE EXPERIÊNCIAS NO “PET TUBERCULOSE”

Bruna Caon Gentil  
Camila Spido da Silva  
Fabiano Brufatto Lopes  
Laura Henz Bohn  
Vinícius Maximiliano

O Projeto intitulado “PET Avaliação da Descentralização da Assistência da Tuberculose em Serviços de Atenção Básica à Saúde em uma Gerência de Saúde do município de Porto Alegre” iniciou suas atividades em maio de 2013, com previsão de término em maio de 2015. O projeto pretende avaliar o processo de descentralização da assistência da tuberculose em Porto Alegre na atenção primária, monitorando indicadores de estrutura, de assistência, de vigilância epidemiológica e de resultados. Também objetiva aliar o conhecimento teórico à prática, proporcionando a vivência do SUS nos seus mais variados aspectos aos estudantes de diversos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Formam parte desta equipe oito alunos bolsistas dos cursos de Saúde Coletiva, Nutrição e Fonoaudiologia.

Em um primeiro momento, o grupo conheceu o cenário da tuberculose em Porto Alegre e foi capacitado sobre a assistência à tuberculose com profissionais do município devidamente habilitados, a fim de obter melhor análise dos dados a serem coletados. Nessa explanação, foi apresentado e detalhado o Livro de Registro de pacientes e acompanhamento dos casos de tuberculose, a ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificações e a organização da saúde na Rede de Atenção Básica e Especializada do município.

Secundariamente, os bolsistas foram divididos em quatro duplas e a eles foram distribuídas de quatro a cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, a qual abrange 27 unidades. As duplas tiveram como incumbência a realização de visitas periódicas para coleta de indicadores de estrutura, de assistência e de vigilância epidemiológica, com a finalidade de avaliar a descentralização do tratamento da tuberculose. A partir da listagem das unidades foram selecionadas apenas aquelas que já haviam passado pela capacitação da assistência e tratamento da tuberculose, resultando em 19 unidades participantes do estudo. São elas: UBS Aparício Borges, UBS Cristal, UBS Tronco, UBS Vila Cruzeiro, UBS Vila dos Comerciantes, UBS Vila Gaúcha, USF Alto Embratel, USF Cruzeiro do Sul, USF Estrada dos Alpes, USF Glória, USF Graciliano Ramos, USF Jardim Cascata, USF Nossa Senhora das Graças, USF Orfanotrófio, USF Osmar Freitas, USF Rincão, USF Santa Anita, USF Santa Tereza e USF Nossa Senhora Medianeira.

Concomitante ao processo de avaliação da descentralização da tuberculose, os bolsistas, juntamente com a preceptora do projeto, desenvolveram um sistema de informação e uma nova ficha de notificação da Infecção Latente por Tuberculose, a partir das orientações do Ministério da Saúde, que foi implementada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre em todas as unidades de saúde da cidade. O sistema de informação, criado para possibilitar a avaliação das fichas de pacientes em tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) foi desenvolvido por meio do programa de código aberto Epi Info 7.1.4, fornecido pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC). A importância da criação deste sistema de informação é a informatização de dados a fim de realizar uma análise mais detalhada dos casos, pois só havia o registro em fichas de papel, e por vezes não era possível determinar a situação de encerramento do tratamento dos pacientes por não se ter uma continuidade da informação. Esta atividade de transpor os dados coletados em fichas de papel para o sistema de informação é realizada em um turno semanal na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), onde os bolsistas digitam os dados das fichas de ILT encaminhadas pelas diversas fontes notificadoras.

As visitas às unidades de saúde para avaliar o processo de descentralização da TB pelos bolsistas possibilitaram um melhor entendimento das fichas ILT e do sistema de informação utilizado, além da aproximação dos trabalhadores de saúde que atuam com a tuberculose, que ainda apresentam

muitas dúvidas e carência de capacitação nesta área. Nas Unidades de Saúde, tivemos a oportunidade de conhecer a estrutura, a administração, o atendimento, a gestão e o planejamento de cada instituição. Nas visitas, tivemos a oportunidade de avaliar a atuação dos profissionais de saúde quanto ao tratamento da tuberculose, a utilização dos livros sugeridos pelo Ministério da Saúde, a ocorrência de capacitação destes para atuar com essa doença, o controle dos casos sintomáticos respiratórios e os pacientes em tratamento diretamente observado (TDO), além de observarmos a relação da comunidade com essa assistência à saúde.

No decorrer das visitas, observamos algumas mudanças nas variáveis pré-estabelecidas anteriormente, como a grande variação do número de profissionais da saúde seguida do baixo número de profissionais capacitados para tratamento da tuberculose e uma variação de três a onze meses de tempo de coordenação do atual responsável pela unidade. Em relação à utilização dos livros de registros preconizados pelo Ministério da Saúde notamos que os profissionais fizeram maior uso desse material após nossa primeira visita, o que pode ser devido à sensibilização da importância do uso do material na sua rotina de diagnóstico e tratamento da tuberculose.

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, (BRASIL. Constituição, 1988). inciso 3º, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, tendo em mente a descentralização da gestão, o atendimento integral e a participação social, instituído no artigo 198 da mesma Constituição. Daí a importância das capacitações, formação e educação permanente em saúde como observamos nas ações desse projeto, visto a necessidade de uma nova prática para o enfrentamento dos problemas de saúde da população em relação à tuberculose, uma doença que é considerada indicador de iniquidade em saúde.

Acreditamos na importância do investimento da capacitação dos profissionais de saúde no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento da tuberculose em pacientes da área de cobertura de cada unidade de saúde, já que a dedicação da equipe proporciona melhoria do aspecto social e de saúde das famílias residentes nessas localizações. Percebemos, nesse projeto, que, a partir dessa familiarização com o sistema de saúde, buscamos não só a qualificação dos trabalhadores da saúde mas também a qualificação acadêmica, o que contribui muito para a nossa formação.



A participação no PET teve o papel de introduzir o Sistema Único de Saúde (SUS) aos acadêmicos/participantes, a partir do conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde que prestam assistência à tuberculose na atenção primária da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal. Essa experiência possibilitou a aproximação de estudantes de diferentes graduações da saúde ao SUS com o intuito de se apropriar melhor do funcionamento e princípios desse, visto que será nosso local de trabalho no futuro. A formação acadêmica ainda é regida pelo sistema capitalista e é nesse modelo que a universidade prepara os estudantes para o mundo do trabalho. Ainda, os gestores e os formadores em saúde não têm proporcionado suficiente contato e aprendizado dos estudantes da área da saúde com o SUS e nem mesmo o conhecimento necessário em Saúde Coletiva a fim de que sejam compostas as práticas de cada profissão. Na prática, essa visão é mais ampliada, o que foi observado nessa experiência. Acreditamos que o ideal para uma boa formação é haver uma interação entre as diversas áreas de conhecimento e foi por meio desse projeto que tivemos a oportunidade de avaliar de uma forma mais clara o tipo de profissional que seremos.

Segundo Motta (2001), há a necessidade da criação de programas de educação continuada ou permanente. São encontradas dificuldades para implementar programas que respondam à necessidade de qualificação, onde é preciso estabelecer diálogos ao processo de trabalho em saúde. Essas implantações dão-se num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde os novos conhecimentos tornam-se exigências para os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo uma falha na formação dos profissionais da saúde, impondo a necessidade na reformulação de modelos e conteúdos de formação e requalificação dos profissionais. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente como política de educação na saúde envolve a contribuição do ensino à construção do SUS, ou seja, constitui-se como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. E é nesse sentido que essa experiência contribuiu para a reflexão sobre nossa futura atuação na Saúde Pública, além de promover o encontro de vários estudantes, possibilitando trocas e aprendizagens sobre a gestão, o ensino, a participação da comunidade e a assistência à saúde do indivíduo e do coletivo no SUS.

Portanto, o resultado dessa vivência tem grande valia, já que proporcionou tanto para os acadêmicos quanto para o sistema de saúde a possibilidade de mobilização e de mudança que

esses estudantes universitários podem fazer com o intuito de se tornarem profissionais qualificados e humanizados, a fim de trabalhar na vigilância em saúde da população.

### Referências

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

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. *Revista Olho Mágico*, v. 8, n.3, set./dez. 2001.

# UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS BENEFÍCIOS DA FONOAUDIOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA DO PET

Marcio Pezzini França  
Amanda Lisboa Marques da Silva

## Introdução

A Estratégia de Saúde da Família reorienta o modelo assistencial mediante a inserção de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Para fortalecer a Atenção Básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, pela construção de uma rede de serviços e de apoio à Saúde da Família que dê maior resolubilidade aos processos de cuidado à saúde. Os NASF não são a porta de entrada do sistema, ao contrário, suas ações são planejadas e definidas a partir das demandas identificadas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e esse núcleo é constituído por diferentes equipes de conhecimento, incluindo a Fonoaudiologia.

## Método

Nesse contexto, uma ex-monitora do PET desenvolveu seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fonoaudiologia/UFRGS a partir de uma pesquisa transversal, com dados qualitativos e quantitativos, para investigar a visão dos profissionais das ESFs sobre a Fonoaudiologia. Utilizou entrevistas guiadas por questionário semi-estruturado, com

questões elaboradas de acordo com outros estudos e conforme o objetivo da presente pesquisa. Seu fator de estudo foi o contato rotineiro do núcleo profissional da Fonoaudiologia com as equipes de Saúde da Família, e avaliou como desfecho os conceitos e visões que esses Profissionais da Saúde construíram sobre a Fonoaudiologia.

A amostra foi selecionada por conveniência e constituída por dois grupos, totalizando 18 sujeitos: Grupo Experimental (GE), formado por profissionais de três ESFs que tiveram contato com a Fonoaudiologia no PET-Saúde/UFRGS, contando com um médico ou dentista, um enfermeiro e um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada ESF, totalizando nove sujeitos entrevistados; e Grupo Controle (GC), composto por três ESFs do mesmo distrito, porém que não tiveram atividade com a Fonoaudiologia no PET-Saúde/UFRGS, contando com o mesmo formato: um médico ou dentista, um enfermeiro e um ACS de cada ESF, totalizando nove sujeitos entrevistados. Todas as ESFs participantes pertenciam ao Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, localizado na Zona Sul de Porto Alegre.

Foram incluídos no Grupo Experimental os profissionais das ESFs que desenvolveram atividades com acadêmicos do curso de graduação em Fonoaudiologia, participantes do PET-Saúde, por no mínimo um ano; no Grupo Controle, foram incluídos somente os profissionais que nunca participaram com a Fonoaudiologia no PET-Saúde/UFRGS.

Foi realizada entrevista gravada, conduzida a partir de um questionário, com possibilidade de explorar qualitativamente as impressões dos participantes quanto a sua visão da Fonoaudiologia. Todos esses dados foram armazenados em um gravador de áudio digital e, posteriormente, transcritos para análise das respostas.

A coleta de dados foi individual, realizada em um único momento, em horário previamente marcado com os sujeitos da pesquisa, com duração de 10 a 20 minutos. Esse procedimento foi conduzido sempre pela mesma entrevistadora, que não teve nenhum contato prévio com as ESFs pesquisadas.

## Resultados preliminares

Quanto aos benefícios fonoaudiológicos para a população em geral, verificaram-se mais apontamentos espontâneos no GE, tendo 22 citações, das quais 11 diferentes entre si, enquanto o GC aponta 11 citações, sendo 8 diferentes entre si. Destaca-se, no GE, a citação da prevenção e da promoção da saúde de forma objetiva,



ao evocar tais conceitos em suas respostas; e de forma subjetiva, ao desmembrar o apontamento da questão de orientações em orientações aos pais, à escola/professores e à população em geral, enquanto o GC não fez referências a essa questão.

Algumas das falas:

- “Trabalhar nas escolas com orientações, mesmo que não diretamente com as crianças, mas com os professores pra poder identificar alguma dificuldade seria interessante... Isso na comunidade também... Promoção da saúde da voz, já tem o dia da voz... Acho que a promoção poderia ser trabalhada, com orientações, de como preservar, melhorar a voz, audição...” (Médico - Grupo Experimental).

- “Eu acho que os benefícios são esses ligados a especialidade deles, ao que eles fazem de melhor, que muitas vezes é um trabalho necessário... Não sei se algum trabalho de prevenção, mas eu não tenho conhecimento dessa área... mas um trabalho assim às vezes é interessante” (Médico - Grupo Controle).

Encontra-se como ponto comum, em ambos os grupos, o caráter psicossocial que a comunicação humana exerce no equilíbrio do ser humano:

- “Eu acho que elevaria a autoestima das pessoas, porque tu reflete em cima do que fala... Outra coisa: teus direitos, para uma pessoa ter um bom espaço no mercado de trabalho, tem que ter uma boa dicção, saber falar bem, acho que contribuiria muito o trabalho da fono” (Agente Comunitário - Grupo Experimental).


- “Na questão psicológica, isso (falar errado) afeta bastante o desempenho escolar, acredito que a criança já começa a ficar inibida... não fale e isso faz o que? Traz bloqueios... a criança não precisaria passar por tudo isso, se tivesse um acompanhamento cedo” (Agente Comunitário - Grupo Controle).

### Considerações finais

Observa-se, portanto, que por meio de orientações e projetos educativos, o olhar restrito à clínica amplia-se para um olhar de saúde coletiva. Na esteira disso, profissionais instrumentalizados, munidos de um empoderamento sobre a questão, visualizam questões mais concretas de integração entre os atores da saúde, na busca de prevenção, promoção e remediação das demandas. Por outro lado, o menor conhecimento da atuação do fonoaudiólogo entre os profissionais do GC evidencia-se por focar os aspectos relacionados aos distúrbios fonoaudiológicos, corroborando com achados de que há grande desconhecimento sobre a prática da

Fonoaudiologia. Essa escassez de informação, no geral, também é percebida na população que visualiza o fonoaudiólogo com um olhar mais de especialista, como um reabilitador dos distúrbios e não como um profissional que também promove saúde.

Por fim, os resultados preliminares mostram que a inserção e o contato com o fonoaudiólogo evidenciam o reconhecimento dos benefícios ofertados pelo seu fazer, que melhoram a qualidade de vida das pessoas, atuando sobre uma ferramenta social de importância indiscutível: o poder da comunicação interpessoal.



EXPERIÊNCIAS  
DE INTEGRAÇÃO  
ENSINO-SERVIÇO



# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PEPACS): EXPERIÊNCIA EM PORTO ALEGRE, RS

Mário Luiz Garcia Martins  
Lilian Cristina Bittencourt de Souza  
Cristina Melendo Beck  
Jullien Dábini Lacerda de Almeida  
Mateus Aparecido de Faria  
Douglas Marcos Pereira de Paula  
Mayna Yaçanã Borges de Ávila  
Cristianne Maria Famer Rocha

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), seus princípios e diretrizes, tem sido cada vez mais, ao longo dos últimos anos, utilizada no Brasil para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA, 2013). Dentre as estratégias e projetos criados e implementados na lógica da APS, uma merece destaque por ter viabilizado o acesso e a qualidade da atenção à saúde aos usuários que vivem em zonas de difícil acesso no país: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS, criado na década de 1990, preconiza a articulação entre a comunidade e os profissionais dos serviços de saúde, promovendo ações de orientação dos cuidados à comunidade adstrita e de ampliação do vínculo com os serviços (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O Programa inclui ainda a qualificação e a capacitação profissional, através da estratégia intitulada “Agentes em Ação”.

Tal estratégia deve ser orientada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2004, que visa “contribuir para

transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 3). Essa Política pretende orientar estratégias de educação permanente voltadas para os profissionais de saúde, buscando ampliar a capacidade resolutiva dos serviços, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Com o objetivo de oferecer formação em serviço alinhada à concepção da PNEPS, baseando-se na perspectiva da educação em saúde enquanto processo fundamental de troca entre os indivíduos e oferecendo ações educativas que contribuíssem com a produção de conhecimentos pelos trabalhadores sobre a sua prática diária, foi criado, como uma ação de extensão local, o Programa de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde (PEPACS). O Programa teve como objetivo fortalecer o movimento de qualificação e valorização dos trabalhadores da saúde, respaldando-se na PNEPS e na disponibilidade e interesse da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC), da Secretaria Municipal de Porto Alegre, RS.

Neste relato, será descrita a experiência de realização do PEPACS em Porto Alegre, no período de janeiro a agosto de 2013, sendo este constituído em uma parceria entre trabalhadores do sistema municipal de saúde e acadêmicos do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### Desenvolvimento

Os procedimentos metodológicos utilizados na condução do PEPACS estão baseados na perspectiva dialógica de construção coletiva do conhecimento e têm como pressuposto epistemológico a teoria pedagógica freireana e seus princípios (liberdade, construtivismo e dialogicidade) (BRANDÃO, 2005). Assim, foram utilizadas as vivências e o vocabulário dos ACS para construir os eixos e temas a serem abordados e discutidos nas atividades propostas, considerando que o aprendizado para o (e no) trabalho permite a liberdade de expressão e oferece subsídios, a partir das próprias experiências, para a reflexão da ação (a práxis), resultando em uma nova ação crítica e desnaturalizada.

As atividades foram, assim, desenvolvidas em quatro fases. Na primeira fase, de planejamento das ações, foi realizada uma reunião geral em que foram convidados todos os ACS adstritos à GDGCC para apresentar o projeto e sua finalidade.

Na segunda fase, foram realizadas rodas de conversa com os ACS no território onde atuam. O objetivo desses encontros era identificar os temas prioritários (ou as “palavras geradoras”, conforme a metodologia de Paulo Freire) e buscar, na rotina dos trabalhadores, subsídios para seu próprio processo de ensino-aprendizagem. Assim, os ACS encontrariam um espaço para discutirem e (re)significarem o(s) seu(s) processo(s) de trabalho e (re)conhecimento do mundo.

Na terceira fase, foi realizada a divulgação dos resultados da fase anterior e a construção da programação do PEPACS. Assim, foram definidas as datas, as temáticas a serem discutidas, as estratégias pedagógicas e a infraestrutura necessária, e solicitado o apoio institucional para a realização das atividades. Os temas prioritários definidos na segunda fase foram reunidos em eixos de discussão, pensados a partir do número de encontros estabelecidos e da afinidade dos temas.

A quarta e última fase foi a de execução das atividades pedagógicas. Esta foi a fase em que o exercício crítico-construtivista foi praticado, isto é, os ACS se reuniram com a presença de moderadores (docente e discentes da UFRGS e convidados, conforme a temática de cada encontro), a fim de discutir os temas prioritários, em um movimento de compartilhamento de experiências, reflexão das atividades e formação de uma nova prática, consciente e transformadora.

### Resultados e discussão

Foram realizados três encontros com a duração de um turno cada. Nos dois primeiros encontros, os ACS foram divididos em duas turmas, uma no turno da manhã e outra no turno da tarde. O terceiro encontro foi realizado com todos os agentes em um mesmo turno “alargado” (com duração de cerca de 6h). Os eixos de discussão de cada turno foram:

- 1) Riscos laborais, violência e discriminação.
- 2) Tuberculose, AIDS, drogas e preconceito.
- 3) Cooperação profissional, ambiente de trabalho e gestão do trabalho.

O primeiro encontro, ocorrido no dia 7 de maio de 2013, contou com uma apresentação do Grupo Teatral dos ACS do Distrito Sanitário Centro. Nele, os atores representaram duas possíveis abordagens dos ACS em uma visita domiciliar. Neste dia, foram trabalhadas as temáticas propostas no Eixo 1 e os ACS foram divididos em grupos de discussão menores que analisaram e discutiram questões relacionadas aos temas propostos:



- a) violência na comunidade e o poder dos grupos relacionados ao tráfico de drogas;
- b) o aliciamento de menores para atividades do tráfico;
- c) o envolvimento de meninas com drogas e gravidez na adolescência, situação na qual os ACS identificaram a importância de dialogar com os traficantes que atuam na área, evitando conflitos que os coloquem em risco e dificultem a atuação profissional;
- d) saúde mental e suas dificuldades na comunidade;
- e) as dificuldades da relação entre os ACS e os usuários de substâncias psicoativas, na qual identificam a importância da sua atuação, buscando construir uma relação baseada na confiança e no respeito, e encaminhando os usuários aos serviços de saúde da rede do SUS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como nas demais situações relacionadas à Saúde Mental;
- f) comportamento dos moradores/usuários com os ACS, a saúde dos ACS e como lidar com usuários enfermos;
- g) abandono de animais pelas ruas e “agressões por cachorros/gatos” sofridas pelos ACS;
- h) cuidado com os idosos e o enfrentamento do abandono pelas famílias, cabendo aos profissionais entrar em contato com a família e fazer visitas diárias com o intuito de criar vínculos e, assim, fazer os encaminhamentos necessários;
- i) a resistência dos usuários a tratamentos, condutas, entre outros, destacando aqueles que necessitam de medicação controlada (usuários com tuberculose e/ou HIV), que necessitam de várias visitas diárias para evitar a desistência do tratamento.

Neste momento, os ACS também levantaram a necessidade de um sindicato profissional atuante e forte, que os auxiliasse nas discussões relacionadas à profissão (regulação, direitos e negociação com a SMS), além de reivindicações referentes a benefícios de saúde. Em decorrência da importância dos relatos, sugerimos a formação de um grupo de trabalho com vistas à criação de uma associação dos próprios ACS, a fim de garantir um espaço de reivindicação dos seus direitos.

No segundo encontro, realizado no dia 4 de junho de 2013, assistimos, em um primeiro momento, a um vídeo a respeito do preconceito nos diversos cenários que permeiam a prestação de serviços de saúde. Nesse encontro, foi trabalhado o Eixo 2 e a

estratégia pedagógica utilizada foi a discussão de casos criados a partir de histórias de vida semelhantes às por eles vividas no seu dia-a-dia. Os grupos foram orientados a discutir as histórias trazidas, a fim de encontrar possíveis soluções para os problemas apresentados, de tal forma que pudessem, enquanto ACS, indicar as possíveis saídas para os casos trazidos.

Muitos ACS identificaram nas histórias contadas semelhanças com a sua realidade de trabalho e, a partir de seus comentários, foram surgindo estratégias coletivas para enfrentar tais situações. Ao mesmo tempo, alguns ACS demonstraram certa resistência em admitir as possíveis limitações que encontram, no cotidiano, para lidar com as histórias trazidas. Este foi um momento importante de intervenção dos moderadores para desconstruir alguns preconceitos, incluindo outras perspectivas de análise.

No terceiro encontro, realizado no dia 18 de junho de 2013 e voltado às temáticas do Eixo 3, todos os participantes apresentaram reflexões sobre as questões trazidas pelos colegas. Eles expressaram os anseios e angústias presentes no cotidiano do trabalho e analisaram questões relativas à gestão do trabalho. Relataram ainda que, muitas vezes, não obtêm apoio da equipe, o que acaba limitando suas atividades.

É importante registrar que contamos neste encontro, assim como nos anteriores, com a presença de moderadores (convidados) que ajudaram os ACS em relação às dúvidas que tinham. Tais moderadores eram convidados, trabalhadores dos serviços de saúde da Gerência Distrital, mas também profissionais de outras regiões da cidade e de outros serviços ou vinculados à Universidade.

A realização do PEPACS aponta para algumas questões importantes que merecem destaque:

- 1) a necessidade de abertura e/ou fortalecimento de canais de comunicação entre os serviços de saúde e a Universidade, uma vez que esta trabalha com o objetivo de formar e qualificar trabalhadores;
- 2) a necessidade de fortalecer o reconhecimento e a importância dos ACS no âmbito da comunidade, para a sua real valorização;
- 3) fortalecimento das entidades representativas destes profissionais de saúde;
- 4) a importância do envolvimento dos gestores na condução de programas semelhantes, já que muitas das discussões e decisões tomadas no desenvolvimento desse Programa influirão diretamente na organização dos serviços de saúde; e

- 5) a importância de os ACS poderem exercer sua “nova” rotina, a partir das reflexões realizadas e da concordância de seus superiores na organização do trabalho, pois são estes que regulam sua prática diária.

### Considerações finais

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde veio formalizar (ou institucionalizar) as diversas experiências realizadas no âmbito das práticas de ensino-aprendizagem, bem como incentivar a criação e manutenção dessas estratégias nos diferentes serviços de saúde, como foi a realização do PEPACS/GDGCC.

A forma como este foi conduzido – considerando as próprias vivências dos ACS – contribuiu para que estes ressignificassem suas práticas de trabalho.

Por tudo isto, espera-se que tal Programa possa incentivar a multiplicação de iniciativas semelhantes nos diversos locais onde os ACS atuam, salvaguardando a cultura e experiências locais, para que sua valorização e inserção na equipe de saúde sejam cada vez maiores.

### Referências

- ALMEIDA, J.D.L. Evasão em processo de capacitação profissional e a necessidade de integração ensino-serviço. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. *Anais*. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013.
- BRANDÃO, Carlos. R. *O que é método Paulo Freire*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 fev. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013.

## HORTO ECOLÓGICO: NATUREZA, VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS

Caroline Almeida dos Santos  
Janaína Giordani Longhi  
Paula Cristina Nilsson Meirelles  
Gema Conte Piccinini

### Saúde

O Horto Ecológico foi construído em 2006, junto ao posto de saúde da Estratégia de Saúde da Família Cruzeiro do Sul, como projeto de doutorado da Professora Gema Conte Piccinini (PICCININI, 2008) em parceria com a equipe de saúde, a comunidade e acadêmicos da UFRGS. O objetivo principal do Horto Ecológico foi cultivar fitotecnicaamente as plantas medicinais mais utilizadas nas comunidades assistidas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Esses dados foram colhidos pela doutoranda nos 13 Distritos de Saúde, por amostragem através de pesquisa etnográfica, entrevistando em seus domicílios 49 idosas indicadas pelas respectivas comunidades como conhecedoras e usuárias de plantas medicinais. Além das informações verbais, documentou-se fotograficamente e colheu-se amostras das quase duzentas plantas citadas. As doze mais citadas constituíram a amostra do cultivo fitotécnico das mesmas (Doutorado em Fitotecnia no PPG Agronomia/UFRGS) junto à Unidade de Saúde da Família Cruzeiro do Sul, onde, no sótão do posto de saúde, foi criado e testado um sistema de secagem das plantas produzidas, para secagem e armazenamento das mesmas e sua disponibilização para uso da equipe de saúde e produção de fitoterápicos de uso



tradicional na comunidade. Inspirado nas Farmácias Vivas, idealizadas e desenvolvidas pelo professor José de Abreu Matos, e na complexidade de Edgar Morin (apud PICCININI, 2008), acreditava-se poder implantar, nesse espaço, este processo de cultivo, secagem, armazenamento das plantas e produção do fitoterápico a ser prescrito pela equipe de saúde.

Findo o doutorado, esse espaço transformou-se em Horto, com características da comunidade e dos atores que foram ciclicamente participando e contribuindo, seja na inclusão de plantas medicinais, aromáticas, condimentares, frutíferas ou ornamentais. A reestruturação envolveu a inclusão de práticas culturais, holísticas e de espiritualidade em saúde, modificando a formatação das estruturas do horto, por exemplo, os canteiros. Foi pensado e construído com muita sensibilidade, envolvendo muitos seres e saberes, um canteiro em espiral. Algumas de suas características são: 37 metros de extensão, com portal de acesso aberto para o sol nascente, tendo como base à direita a planta das boas-vindas, o manjeriço, e à esquerda a planta de proteção, a arruda. A espiral é composta com espaços equidistantes para plantas e cores dos 7 chacras, túnel de luz no centro coberto por pedras de cristais, precedido de espaço ecumênico de espiritualidades representadas por plantas, estátuas, frases ou apenas cores, e continua recebendo representações de outras espiritualidades a partir dos visitantes. Esse espaço foi mantido através de projetos de extensão, pesquisa, estágios, passando a ser chamado de Horto Ecológico, horto terapêutico, laboratório vivo, espaço de oficinas, lugar de meditação, de celebrações, enfim... Vem recebendo diversas denominações conforme as vivências que vão acontecendo.

O Horto sintetiza o passado e o futuro, a relação entre os saberes da comunidade, acadêmicos e funcionários da ESF pelo compartilhamento enriquecedor de vivências e atividades feitas por acadêmicos com os idosos, crianças e adolescentes da comunidade, para valorizar as práticas tradicionais de suas famílias, os novos saberes. Além disto, para os acadêmicos, as atividades desenvolvidas no Horto contribuem para ampliar sua base de formação.

O Horto, sendo ecológico, valoriza a dimensão ambiental de forma coletiva como indispensável para o processo de assistência a saúde, tanto no que se refere à promoção da saúde, qualidade de vida, quanto à minimização do impacto ambiental por reflexões, trocas de conhecimento dos saberes entre a comunidade da Vila Cruzeiro do Sul e abordagem educativa de forma prática com o objetivo de empoderar a comunidade: adquirir mais conhecimentos por meio de troca de saberes para cuidar de si e da natureza. Isso

se aplica no conceito de empowerment comunitário (CARVALHO, 2004), que é uma nova estratégia de promoção da saúde de caráter público com objetivo de grupos adquirirem poder sobre o si, recurso imaterial e material (conhecimento e meio ambiente saudável), distribuído de forma social desigual.

Para os teóricos do “empowerment” comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “empowerment” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem. (CARVALHO, 2004, p.1091).

A estratégia de empoderamento comunitário no Horto é feito através de oficinas semanais com temáticas de educação ambiental, saúde e espiritualidade para empoderar a comunidade para cuidar de si e da natureza, com crianças, escolares, idosos e outros moradores da comunidade.

A atuação do enfermeiro está diretamente relacionada ao cuidado humano, por dedicar-se à qualidade de vida individual ou coletiva por intermédio de ações de Promoção da Saúde (BESERRA; ALVES, 2012). Então, as ações educativas feitas por profissionais da enfermagem aumentam a compreensão do significado de saúde na comunidade, por meio de reflexões através de oficinas no Horto que estimulam a compreensão socioambiental e a consciência de que o ser humano faz parte de um ecossistema. Suzanne Dèoux e Pierre Dèoux (1996, p. 21) afirmam que “os sistemas vivos não vivem isolados. Pelo contrário, só subsistem graças a trocas constantes”. Deste modo, é importante que o enfermeiro desenvolva uma consciência ambiental, de forma educativa, em seu fazer na comunidade, e por isso a importância da presença desses profissionais no Horto.

A agroecologia propõe uma alternativa de produção de produtos orgânicos consciente do meio ambiente, fatores sociais e promoção a saúde, diferente da agricultura convencional agroquímica que não é saudável, pois ignora a dinâmica ecológica dos ecossistemas e da interação natural com o meio ambiente. É por isso que o Horto Ecológico cultiva a saúde do ser humano e o equilíbrio ambiental.

### Agroecologia

Agroecologia e promoção de saúde estão amplamente ligadas. Quando se fala em agroecologia, logo pensamos em alimentos orgânicos que são livres de agrotóxicos e na melhoria na saúde individual por ingerir um produto livre de “veneno”, mas essa ligação é ampla e vai além disso.

Agroecologia é um modo de produção de alimentos mais sustentável, que agride menos o meio ambiente que o sistema de produção convencional. Não está limitada somente à questão da sustentabilidade, pois existem muitas variáveis sociais, culturais e econômicas envolvidas. Definição de agroecologia, segundo Miguel Altieri (1998, p. 23), “trata-se de uma nova abordagem que integra os princípios agrônômicos, ecológicos e socioeconômicos à compreensão e avaliação do efeito das tecnologias sobre os sistemas agrícolas e a sociedade como um todo”. A promoção da saúde visa modos de enfrentar e evitar problemas que afetam a saúde das pessoas. Segundo a Carta de Ottawa (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 2), a promoção da saúde define-se como

(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

O Horto está situado em uma periferia da zona urbana, uma área muito afetada pelos problemas da urbanização não planejada. Na tentativa de fugir da pobreza, em busca da saúde, muitos cidadãos migram das zonas rurais para as periferias dos grandes centros urbanos em busca de uma melhor qualidade de vida.

Assim percebe-se a importância de lugares como o Horto Ecológico, que tem como uma das bases a agroecologia, onde é oportunizada a troca de informações e conhecimentos da população local. A comunidade partilha formas diversas de conservar o meio ambiente, produzir alimentos orgânicos, como produzir e usufruir de plantas medicinais, e isso pode representar uma melhoria na qualidade da dieta. O Horto é um ambiente urbano, terapêutico, de vivências e bem-estar.

A porção da população brasileira que tem menor poder aquisitivo, como a comunidade da Vila Cruzeiro do Sul, não tem acesso a estas informações, e, dessa forma, cabe a responsabilidade da academia promover oportunidades de encontros onde há a soma do conhecimento acadêmico ecológico e da comunidade nesse

Horto, e por isso o processo de aprendizagem e as questões da educação são importantes elementos para a integração do Horto com os moradores, acadêmicos e profissionais de saúde.

## Educação

Semanalmente são realizadas oficinas e atividades socioeducativas no Horto, nas escolas, creches ou associações, através de elementos do próprio Horto, sensibilizando as pessoas sobre a importância de espaços como este, como laboratórios vivos de diálogos e práticas em saúde. Segundo Paulo Freire (1996), o ensinar e o aprender não se dão através da transferência de conhecimento, mas sim pela possibilidade de sua produção ou construção. O autor trata principalmente da relação entre professor e aluno, mas também inclui outros tipos de interação, já que, através das relações que estabelecemos, aprendemos e ensinamos uns aos outros.

Os saberes ancestrais, que passam de geração em geração e que perduram por muito tempo no cotidiano popular, têm importante presença no Horto. Por isso, é importante a ideia de Paulo Freire de levar em conta os saberes, as experiências e realidades dos alunos (e das pessoas da comunidade em geral), que foram construídos socialmente na prática comunitária, para pensar as ideias e as finalidades das questões trabalhadas com a população. Além disso, Freire (1996) aponta a importância da reflexão crítica sobre a prática, o que implica em provocar novas decisões e rupturas.

É próprio do pensar certo a disponibilidade ao risco, a aceitação do novo que não pode ser negado ou acolhido só porque é novo, assim como o critério de recusa ao velho não é apenas cronológico. O velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo (FREIRE, 1996, p. 35).

Por isso, as mudanças no Horto foram acontecendo conforme o contato e a relação das pessoas com esse espaço, não só em relação à estrutura física, mas também suas finalidades.

Para Paulo Freire, é preciso haver a assunção do eu como ser social e histórico, que pensa, decide, se comunica, transforma, cria. A questão da identidade cultural (que se constitui através da experiência histórica, política, cultural e social de cada sujeito através de seu cotidiano e de suas relações) é essencial para o autor, e este ainda afirma que

Se estivesse claro para nós que foi aprendendo que percebemos ser possível ensinar, teríamos entendido com facilidade a importância das experiências informais



nas ruas, nas praças, no trabalho, nas salas de aula das escolas, nos pátios do recreio, em que variados gestos de alunos, de pessoal administrativo, de pessoal docente se cruzam cheios de significação (FREIRE, 1996, p. 44)

Por isso a importância da presença da diversidade cultural e da interação entre diversos indivíduos (acadêmicos, comunidade, trabalhadores do Posto e visitantes) no Horto, ajudando a tornar este um espaço do qual a comunidade pode não só se apropriar, mas também aprender e ensinar.

Perceber-se como um ser cultural, histórico, é também perceber-se um ser inacabado, e por isso Freire aponta a necessidade da predisposição à mudança e da aceitação do diferente, já que “(...) o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital” (FREIRE, 1996, p. 50). Tendo consciência disso, consideram-se os seres humanos como seres éticos, seres com liberdade, e por isso com capacidade de optar - através da linguagem, cultura e comunicação.

Capazes de intervir no mundo, de comparar, de ajuizar, de decidir, de romper, de escolher, capazes de grandes ações, de dignificantes testemunhos, mas capazes também de impensáveis exemplos de baixeza e de indignidade. Só os seres que se tornaram éticos podem romper com a ética (FREIRE, 1996, p. 51)

Por isso a importância da prática formadora e da esperança que esta pode proporcionar, já que se mostra possível a intervenção para melhorar a realidade ao nosso redor (FREIRE, 1996).

Nossa presença no mundo não é feita de determinismo, mas sim de possibilidades, porém também é preciso ter consciência do ser condicionado (pelas influências que se herda social, cultural e historicamente) que é o ser humano, mas que, sendo consciente do inacabado e dessas influências, é possível refletir sobre esses obstáculos e saber que estes não se eternizam. Por isso, Freire (1996) aponta a necessidade da conscientização, o que leva a um permanente processo social de busca, através da curiosidade inerente do ser humano.

Um dos objetivos do Horto é proporcionar o contato da comunidade com a natureza, e fazer isso através das dúvidas e curiosidades quanto à biodiversidade existente nesse espaço e quanto à importância da ecologia. Freire trata sobre a “força criadora do aprender” (FREIRE, 1996, p. 25), levada pela curiosidade, pela dúvida rebelde, pelas indagações, e também destaca como sendo fundamental que a curiosidade ingênua se critique, e se torne curiosidade epistemológica.

## Referências

- ALTIERI, Miguel *Agroecologia: a dinâmica produtiva da agricultura sustentável*. 4.ed. Porto Alegre : Editora da UFRGS,2004.
- BESERRA, Eveline Pinheiro; ALVES, Maria Dalva Santos. Enfermagem e saúde ambiental na escola. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 5, p. 666-72, 2012.
- CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago, 2004.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE (1.: 1986: Ottawa) *Carta de Ottawa*. Canadá, 1986.
- DÉOUX, Suzanne; DÉOUX, Pierre. *Ecologia é a Saúde*. Paris: Instituto Piaget, 1996.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- PICCININI, Gema Conte. *Abordagens Etnográfica e Fitotécnica sobre plantas medicinais utilizadas por comunidades assistidas pelo Programa de Saúde da Família, em Porto Alegre, na ótica da aplicação da fitoterapia em Atenção Primária em Saúde*. 2008. 182p. Tese (Doutorado em Agronomia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Agronomia, Porto Alegre, 2008.

## PARCERIA ENSINO-SERVIÇO: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO

Gustavo Vargas  
Vinicius Luzzi  
Kelem Liliane Martins Severo  
Leila Terezinha Campelo Fernandes  
Simone Avila  
Aline Dutra  
Sílvia Cypriano Vasconcellos  
Raquel Oliveira Lima

Segundo o Ministério da Saúde, “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012). O trabalho em equipe torna-se essencial para a construção do cuidado, a integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Marta (SM I) é composta por quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois Técnicos de Enfermagem, uma Enfermeira, uma Cirurgiã-dentista, uma Técnica de Saúde Bucal, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Médico do Programa Mais Médicos. Esta equipe atua num território com uma população adstrita de 2.150 pessoas.

Grande parte da população cadastrada da ESF SM I possui renda familiar oriunda de vínculos empregatícios informais, como atividades ligadas à reciclagem de resíduos, prostituição,

tráfico de substâncias psicoativas, sendo que uma menor parcela da população possui vínculo trabalhista formal ou é beneficiado por programas sociais do governo federal. Embora este território esteja localizado próximo ao centro da cidade, trata-se de uma população vulnerável, tendo em vista inúmeros fatores condicionantes, como por exemplo, baixa renda, desemprego, alta incidência e prevalência de casos de tuberculose, HIV/AIDS, sífilis, gestação na adolescência, usuários de drogas, lixo armazenado em locais inadequados, pessoas em situações de violência, entre outros.

Portanto, o objetivo deste artigo é relatar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família na prevenção de DST/AIDS e educação em saúde junto às profissionais do sexo que trabalham em nosso território de atuação, visto que, dentre outros grupos, as profissionais do sexo constituem uma população de grande vulnerabilidade ao HIV e outras DST, vislumbrando ações prioritárias de atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

### Relato de experiência: construção do vínculo

O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades. Compete a este profissional identificar áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, orientar as pessoas de acordo com as instruções da equipe de saúde, e acompanhar a situação de saúde das pessoas para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

Durante as visitas domiciliares realizadas pelo ACS em sua microárea de atuação, o mesmo foi abordado por uma profissional do sexo que questionou acerca do seu trabalho. O ACS, então, informou sobre as suas ações, bem como os serviços disponíveis na unidade de saúde. Frente as orientações, a mesma demonstrou um grande interesse, devido ao fato destas profissionais apresentarem grandes demandas e não estarem vinculadas a nenhum serviço de saúde, por opção própria, visando a manutenção do sigilo do seu exercício profissional.

Diante desta realidade, na unidade de saúde, o ACS relatou em reunião de equipe a situação encontrada, a fim de buscar estratégias para o atendimento das demandas apresentadas. Ficou acordado que o ACS distribuiria preservativos masculinos.



Ao desempenhar esta ação, as profissionais do sexo relataram ao ACS que estavam notando que alguns dos seus clientes perfuravam o preservativo com a unha, desencadeando o rompimento do mesmo durante o ato sexual, expondo-as ao risco de contrair DSTs e/ou uma gravidez indesejável. O ACS passou a distribuir também preservativos femininos e gel lubrificante, bem como orientações acerca da utilização.

Em nova reunião de equipe houve a compreensão que esta clientela necessitava de ações mais amplas. Então se estabeleceu que fosse realizado o cadastro das usuárias, para facilitar o acesso aos serviços na unidade de saúde. Durante a realização do cadastro, aumentou o número da população, sendo necessária uma nova divisão na área e a integração de um novo ACS, que identificou novos locais onde trabalhavam outras profissionais do sexo que apresentavam as mesmas demandas. Estas relatavam dificuldade em acessar a unidade de saúde, pois o seu horário de trabalho era incompatível com o horário de atendimento do serviço de saúde, e porque as mesmas gostariam de manter o sigilo de sua identidade.

Diante da necessidade, a equipe estabeleceu realizar ações de prevenção e diagnóstico no local de trabalho das profissionais de sexo, em conformidade com a disponibilidade das mesmas, visando não interferir no seu processo de trabalho. As ações ocorreram em fevereiro de 2014, em um dia previamente agendado. Foram elas: a realização de teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, coleta de escarro para pesquisa de BAAR, teste rápido para gravidez (HCG), distribuição de preservativos femininos, masculinos e gel lubrificante, e orientações para o cuidado em saúde. Foram ofertados às usuárias os serviços disponíveis na unidade de saúde, como consultas e realização de exames preventivos, dentre outros.

A ação contou com a colaboração de todos profissionais da equipe da ESF Santa Marta I e grande colaboração da Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde – SMS Gestão da DST-SMS.

Houve também a participação dos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, onde, em visita à área, promoveram orientações relevantes para a prevenção de DST/AIDS, fomentando o exercício de uma articulação estreita entre a parceira ensino-serviço, tendo em vista a transformação da organização do trabalho e das práticas profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A oportunidade de conhecer as áreas de maior vulnerabilidade da ESF Santa Marta me proporcionou uma mudança de olhar não apenas como estudante de

enfermagem, mas como ser humano. Durante o estágio pude perceber as necessidades de cada indivíduo e ver como a equipe de saúde conquistou a confiança dos usuários, além de observar que, quando o usuário confia e vê resultado nas ações propostas, colabora para o funcionamento do sistema. A vivência enriqueceu minha futura prática profissional, pois a partir dessa experiência foi possível constatar um sistema que funciona, ainda que precise de ajustes, e uma equipe que trabalha articulando todas as esferas do cuidado e conhecimento. (Bruna Alibio Moraes, Acadêmica de Enfermagem, UFRGS)

### Construção do vínculo, parceria ensino-serviço: efetividade nas ações

A consolidação do trabalho ocorreu com efetividade e sucesso devido a construção do vínculo com as usuárias, escuta qualificada, comprometimento da equipe, confidencialidade, ética, sigilo das informações e a construção de parcerias entre Ensino e Serviço. O trabalho em equipe promove a construção do cuidado, a integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade. Esta ação promoveu o fortalecimento do vínculo, norteando a possibilidade da realização de novas ações para a promoção da continuidade do cuidado.

Diversas são as formas e ações em colaboração para uma efetividade das ações educativas e preventivas, e muitas destas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético, necessidade de saúde ou sofrimento que devem ser acolhidos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010).

Muitos são os esforços para a incorporação efetiva de ações na prevenção ao HIV/DST, onde a Atenção Básica tem ampla relevância na promoção dessas ações, uma vez que possui uma rede de serviços capilarizada e suas equipes atuam com enfoque na promoção da saúde, com uma ampla inserção na comunidade.

## Referências

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>. Acesso em: 01 ago.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/AIDS, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

# CONTAR E CUIDAR É SÓ COMEÇAR: CONTANDO HISTÓRIAS EM SAÚDE

Juliano Figueira da Silva  
Mérope Bortolotto Dal Lago  
Viviane Mozzatto

## Introdução

O projeto “Contar e cuidar é só começar: contando histórias em saúde” caracteriza-se por ser um projeto de contação de histórias, realizado no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), localizado na região Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, e que tem como público alvo os usuários da ala pediátrica.

O PACS caracteriza-se por ser um pronto atendimento clínico/pediátrico para crianças e adultos em situações que caracterizam emergência, para tratamento e/ou avaliação imediata e pacientes que não apresentam risco de vida, através de consultas apazadas. O PACS funciona ininterruptamente por 24 horas.

O projeto de contação de histórias teve início em maio de 2014, sendo desenvolvido por monitores do PET de diferentes áreas da saúde, sob supervisão dos preceptores do PET da Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA). Por ser um projeto de contação de histórias, este pode ser desenvolvido por estudantes e profissionais de diferentes áreas da saúde, tendo um caráter multiprofissional e integrador.

A hospitalização infantil representa uma ruptura no cotidiano infantil em função da rotina hospitalar. As faltas na escola, mudança de horários e de ambiente, visitas seletivas e separação podem acarretar alterações emocionais (PEDROSA



et al., 2007; PFEIFER; MITRE, 2008). Neste sentido, observa-se cada vez mais a necessidade de se incluir na rotina de ambientes hospitalares atividades que humanizem as relações e os espaços, a fim de contribuir na qualidade do tratamento prestado e na melhora dos pacientes. A contação de histórias mostra-se como um recurso para humanizar o ambiente hospitalar, alegrar os pacientes e auxiliar na recuperação dos mesmos. Por ser um projeto de caráter multiprofissional e integrador, possibilita que profissionais de diferentes áreas da saúde participem e executem as atividades.

### Objetivo

Este projeto tem como objetivos: proporcionar aos usuários da pediatria do PACS um contexto lúdico e de entretenimento através da contação de histórias; explorar temas que abordem aspectos envolvidos no seu tratamento (doença, mudança de rotina, procedimentos, etc.), de forma que as crianças, pais e cuidadores possam lidar com os sentimentos envolvidos neste processo; e fortalecer o vínculo dos usuários da pediatria do PACS com a rede de atenção primária, onde estes devem buscar a atenção continuada em saúde (promoção, prevenção e tratamento).

Contar histórias é uma forma de articular o sensível, alimentar o espírito e tocar o coração das pessoas. Através da contação, resgatamos significados, reasseguramos a esperança e aprendemos a lidar melhor com as situações inevitáveis e os mistérios da vida. As imagens do conto acordam, revelam, alimentam e instigam o universo de imagens internas que, ao longo de sua história, dão forma e sentido às experiências de uma pessoa no mundo. (MACHADO, 2004)

O projeto foi criado no sentido de assistir as crianças e adolescentes que ingressam na sala de observação e na internação pediátrica do PACS e que por este motivo tem sua rotina modificada, passando por um período de sofrimento devido aos agravos na sua saúde. Através da contação de histórias busca-se, por meio do lúdico e do entretenimento, aliviar a ansiedade e o sofrimento que este período representa. Muitas vezes esta é a primeira vez que a criança ingressa em um ambiente hospitalar, fazendo com que sentimentos como incerteza e medo venham à tona. Para os pais e cuidadores é muitas vezes difícil lidar com esse processo. A mudança de ambiente e de rotina podem gerar uma sensação de estranhamento e desamparo e, portanto, quanto mais acolhedor for o ambiente, mais à vontade as crianças se sentirão.

Para que os efeitos de hospitalização infantil sejam minimizados, é necessário salientar a importância do brincar e deixar os ambientes hospitalares mais humanos (PARCIANELLO; FELIN, 2008). O projeto, neste sentido, serve como um meio de alegrar, descontrair e tranquilizar as crianças. A contação de histórias no PACS pretende auxiliar no campo afetivo e também cognitivo das crianças que se encontram em observação médica ou à espera de regulação de leitos na pediatria do PACS. Essa narrativa permite que as crianças utilizem as histórias como ferramentas para enfrentar os medos e angústias que povoam o imaginário infantil e são incrementados pela situação de vulnerabilidade provocada pela doença. As histórias, muito mais do que divertir, oportunizam, através do desenvolvimento da subjetividade, outras formas de pensar os sentimentos difíceis e de esquecê-los, mesmo que por pouco tempo.

### Métodos

A contação de histórias ocorre através de duas oficinas semanais realizadas em dois dias da semana, com uma hora de duração cada, pretendendo-se futuramente ampliar o número de oficinas com o ingresso de mais profissionais ao projeto.

De posse de uma mala de rodinhas, recheada de livros da literatura infantil de temas diversos, de adereços (perucas, chapéus, gravatas, nariz de palhaço) e de brinquedos de recicláveis, os profissionais ingressam na salas de observação pediátrica. Com saudações e apresentação da equipe, iniciam a contação de histórias, seguida de interação, brincadeiras e muita conversa. As estratégias utilizadas buscam a interação, o riso e a descontração, proporcionando um ambiente mais humanizado e alegre. Os olhares, a voz, a mímica, os gestos e as brincadeiras fazem parte da contação.

Os profissionais, através do uso do avental branco e de diversos adereços, se utilizam de diferentes histórias da literatura infantil para trabalhar temas voltados à saúde e aos sentimentos das crianças. Entre uma história e outra são distribuídos adereços e brinquedos de material reciclável, momento através do qual se interage com cada criança individualmente. No final das oficinas, são realizadas algumas perguntas direcionadas aos pais e cuidadores, como: por que estão ali, onde costumam buscar auxílio para seus problemas de saúde, se conhecem a sua unidade de saúde de referência, e se costumam frequentar a sua unidade. Com tais perguntas busca-se aproximar os usuários com a rede de atenção primária, nos cuidados de rotina com a saúde.

Após a contação e interação com as crianças e os cuidadores, os petianos dirigem-se à outra sala, a sala de internação pediátrica, onde ficam as crianças que necessitam permanecer sob cuidados até 24 horas.

O aspecto lúdico e recreativo é explorado através da contação de histórias e do uso e doação de adereços e brinquedos feitos de material reciclável. Tanto os adereços quanto os brinquedos são confeccionados pelos próprios petianos semanalmente, a fim de obter a quantia necessária de brinquedos para a doação. O brinquedo de material reciclável, além de promover na criança uma visão ecológica, de cuidado e proteção ao meio ambiente, é um produto de baixo custo, o que facilita sua produção em maior quantidade, e estimula a imaginação e a criatividade das crianças, que observam de quê e como o brinquedo foi feito. Os materiais utilizados para confecção dos brinquedos e adereços, são arrecadados no próprio PACS (raios x, carretel de esparadrapo, tampas de seringa, tampas coloridas de vacina,...).

Para MACHADO (1994), o brinquedo-sucata permite a quem brinca, desvendá-lo, ressignificá-lo, pois é um objeto que, diferentemente do brinquedo industrial, possui inúmeros significados que não são óbvios nem estão evidentes. Por sua vez o brinquedo-sucata feito de materiais hospitalares permite associar o aspecto saúde/doença como algo criativo e transformador, ressignificando este processo.

### Resultados e discussão

O projeto de contação de histórias teve início no primeiro semestre de 2014 e desde então vem dando resultados significativos. No que diz respeito aos objetivos, o retorno tem sido positivo, visto que a maioria dos cuidadores e das crianças se envolvem com a contação. Durante a contação são observadas algumas reações, como: parar de chorar, risos, perguntas sobre a história, participação nas mesmas e envolvimento nas brincadeiras com os adereços.

Desde o início do projeto, os petianos foram bem recebidos pela direção do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, que aprovou a iniciativa, e pelos funcionários, que se encantam com as histórias. As histórias tem dado um colorido especial a uma realidade dura e difícil como a emergência pediátrica.

Pretende-se, com o projeto, cada vez mais alentar a dor, arrancar sorrisos, encontrar olhares, apaziguar sentimentos, embalar sonhos e estimular esperanças.

A manifestação de frases como “muito obrigado, muito bonito o trabalho”, “de que grupo teatral vocês são?”, “tem um brinquedo para eu levar para o meu sobrinho?” ou “eu adoro ouvir histórias”

tem nos encorajado a continuar o trabalho, que neste instante é ainda uma sementinha, mas que com certeza esperamos que se torne uma prática permanente dos petianos.

### Conclusão

Assim, a contação de histórias está sendo utilizada como uma estratégia de humanização do ambiente hospitalar, especialmente nos espaços destinados às crianças, favorecendo a evolução do seu quadro clínico.

Rubem Alves (1985, p.6), assim refere:

Para quê uma estória? Quem não compreende pensa que é para divertir. Mas não é isso. É que elas tem o poder de transfigurar o cotidiano. Elas chamam as angústias pelos seus nomes e dizem o medo em canções. Com isto angústias e medos ficam mais mansos. Claro que são para crianças. Especialmente aquelas que moram dentro de nós, e tem medo da solidão.

### Referências

- ALVES, Rubem. *A menina e o pássaro encantado*. Ed Loyola, São Paulo, Brasil, 1985.
- MACHADO, Marina Marcondes. *O brinquedo sucata e a criança: a importância do brincar, atividades e materiais*. São Paulo: Loyola, 1994.
- MACHADO, Regina. *Acordais: fundamentos teórico-poéticos da arte de contar histórias*. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 2004.
- PARCIANELLO, A.T; FELIN, R.B. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Bárbaro*, Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 147-166, 2008.
- PEDROSA, A.M. et al. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.7, n.1, p. 99-106, 2007.
- PFEIFER, L. I.; MITRE, R.M.A. Terapia Ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: DE CARLO, M. M.R.P.; QUEIROZ, M. E.G. (Org.). *Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinariedade*. São Paulo: Roca, 2008. p.258-287.





Figura 1: Ida para a contação de história no PACS  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 2: Contação de histórias no PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 4: Contação de histórias na semana da Páscoa no PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 5: Contação de histórias na semana da Páscoa no PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 3: Contação de histórias no PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 6: Chocalho de carretel de esparadrapo, barbante e tampas de refrigerante para doação às crianças do PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 7: Binóculo de carretel de esparadrapo, barbante e papel de presente, doação às crianças do PACS (ala pediátrica)  
Fonte: acervo pessoal dos autores



Figura 8: Bonecos de frasco de shampoo, elástico e tampa de refrigerante, para doação às crianças do PACS (ala pediátrica)

Fonte: acervo pessoal dos autores

## PROPONDO MUDANÇAS NA REDE DE SERVIÇO QUE ATENDE USUÁRIOS COM LESÃO DE PELE NOS DISTRITOS GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL, PORTO ALEGRE, RS

Celita Rosa Bonatto  
Cintia Ferreira  
Déborah Dias Garcia  
Denise Tolfo Silveira  
Érica Rosalba Mallmann Duarte  
Érika da Rosa dos Santos  
Lia Trajano  
Marsam Alves Texeira  
Patrícia Venzon

### Introdução

As lesões de pele, nos últimos anos, têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde em decorrência das taxas elevadas de prevalência e incidência e do impacto socioeconômico destas não só para os pacientes como também para as famílias, os serviços de saúde e a sociedade em geral, além do fato de afetarem negativamente a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos (DOMANSKY, 2012).

O cuidado à lesão exige um cuidado multi e interdisciplinar, entretanto cabe aos enfermeiros uma responsabilidade específica, pois em diversas situações são eles que iniciam os primeiros cuidados e controlam a evolução do cuidado da ferida (SAMPAIO, 2007). Outra ação importante desse profissional é sua responsabilidade em perceber e estimular o empoderamento do usuário a fim de torná-lo agente ativo nesse processo de saúde-doença.

A existência de protocolo assistencial possibilita a redução da diversidade de atendimento, proporcionando maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Em 2006, o Pacto



pela Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) fortaleceu a importância dessa prática para a se ter qualidade na assistência, e, junto com a expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os protocolos se fizeram ainda mais necessários e foram incorporados à rotina dos trabalhadores da área de saúde no âmbito do SUS (DOMANSKY, 2012). Sua elaboração deve estar pautada em primeiro lugar no conforto e bem-estar do usuário e, sobretudo, para a otimização da qualidade da assistência prestada (FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

A Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre (SMS/POA) está organizada em oito distritos de saúde. O Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC), em 2013, propôs uma reorganização no atendimento de sua área para os usuários com lesões de pele, reformulando o Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes (CEVC) com estrutura física, equipe e material adequado para atender usuários com lesões de pele de maior complexidade e aqueles portadores de ostomias. O setor atende a população do DGCC, atualmente com 149.626 pessoas (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012), além de mais dois distritos, que são o Sul/Centro Sul e Restinga/Extremo Sul, que somam uma população de aproximadamente mais 284.635 pessoas.

O CEVC é composto por duas enfermeiras estomaterapeutas, cinco técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, e atualmente atende em torno de 50 pacientes/dia, realizando em média 1.080 atendimentos/mês.

Atualmente o DGCC, devido ao aumento crescente da demanda de pacientes que necessitam desses cuidados, pela diversidade de correlatos disponíveis para feridas e a complexidade em definir sua adequada utilização, teve a necessidade de sistematizar o tratamento realizado para orientar os profissionais da rede lotados neste território.

Tem-se como objetivos, neste artigo, apresentar uma proposta de sistematização de atendimento aos usuários portadores de lesões tissulares e ostomias no DGCC na busca de orientar os profissionais de saúde, padronizar o uso dos insumos, criar uma rede de referência e contrarreferência e empoderar os usuários.

A elaboração da proposta, denominada “Protocolo de Tratamento a Pacientes com Lesões Tissulares (PTPLT) para o DGCC”, foi realizada por tutores (docentes), enfermeiros (preceptores) e discentes (monitores) ligadas ao distrito por vínculos profissionais e pelos projetos de Pró e PET-SAÚDE/UFRGS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A proposta está dividida em três etapas, que são: fluxo de atendimento de usuários, quadro de produtos disponíveis e orientações de realização de curativos.

### A proposta pensada

A seguir, será apresentada a descrição do fluxo atual do atendimento a usuários com lesões de pele no DGCC e a proposta do fluxo de referência e contrarreferência.

#### *Fluxo atual*

- Usuário que deambula<sup>1</sup> vai à unidade de saúde de referência (US) para ser atendido. O enfermeiro faz a avaliação e define se pode ser atendido na unidade ou precisa ser encaminhado para o CEVC. Caso a lesão não necessite de material especial, o tratamento é realizado na US.
- Usuário acamado e sem possibilidade de se deslocar: a equipe da US é comunicada por outro usuário ou pelo agente comunitário de saúde da necessidade de atendimento no domicílio. A US organiza uma visita domiciliar para avaliar o caso e comunica ao usuário dia e horário. O enfermeiro vai ao domicílio e realiza a avaliação. A partir dessa avaliação, se existir necessidade de encaminhamento para especialista e/ou utilização material especial, o usuário é encaminhado com consulta agendada para o CEVC.

#### *Fluxo proposto*

- Usuário que deambula<sup>1</sup> vai a US para ser atendido. O enfermeiro faz a avaliação e define se pode ser atendido na unidade ou se precisa ser encaminhado para o CEVC. Caso a lesão não necessite de material especial, o tratamento é realizado na US.
- Usuário acamado e sem possibilidade de se deslocar: a equipe da US é comunicada por outro usuário ou pelo agente comunitário de saúde da necessidade de avaliação no domicílio. O enfermeiro/técnico de enfermagem vai ao domicílio e realiza a avaliação. Se existir necessidade de encaminhamento para especialista e/ou utilização de material especial, a US encaminha ao CEVC. Registros fotográficos e descrição do caso e aguarda retorno da avaliação. O CEVC agenda consulta no setor ou orienta para atendimento na própria US. Para agendamento, o usuário deve estar com avaliação clínica realizada há menos de 3 meses e doença de base controlada.

<sup>1</sup> Entende-se, neste estudo, usuário que deambula aquela pessoa que tem capacidade de chegar à unidade de saúde, sendo este deslocamento com ou sem auxílio de equipamentos, dependendo ou não de condutores.

O CEVC informa a US o dia e a hora de atendimento para o usuário ser avisado. A consulta de avaliação do CEVC pode ter os seguintes encaminhamentos: atendimento da lesão no CEVC ou realização de um plano de cuidado para ser atendido na US mantendo a assessoria do CEVC. Todo o paciente, ao ter alta do CEVC, deve ser encaminhado para a US. A US avalia os usuários que tem risco de novas lesões para serem inseridos no plano de prevenção de novas lesões.

Há casos em que o usuário precisa ser submetido a procedimentos de maior complexidade, para que seu tratamento seja mais eficaz e não se prolongue. Para estes casos, o CEVC tem o apoio do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) do DGCC, que realiza desbridamento cirúrgico, suturas, primeiro atendimento de queimaduras, antibioticoterapia, drenagem de abscesso e casos de tungíase (com mais de três focos).

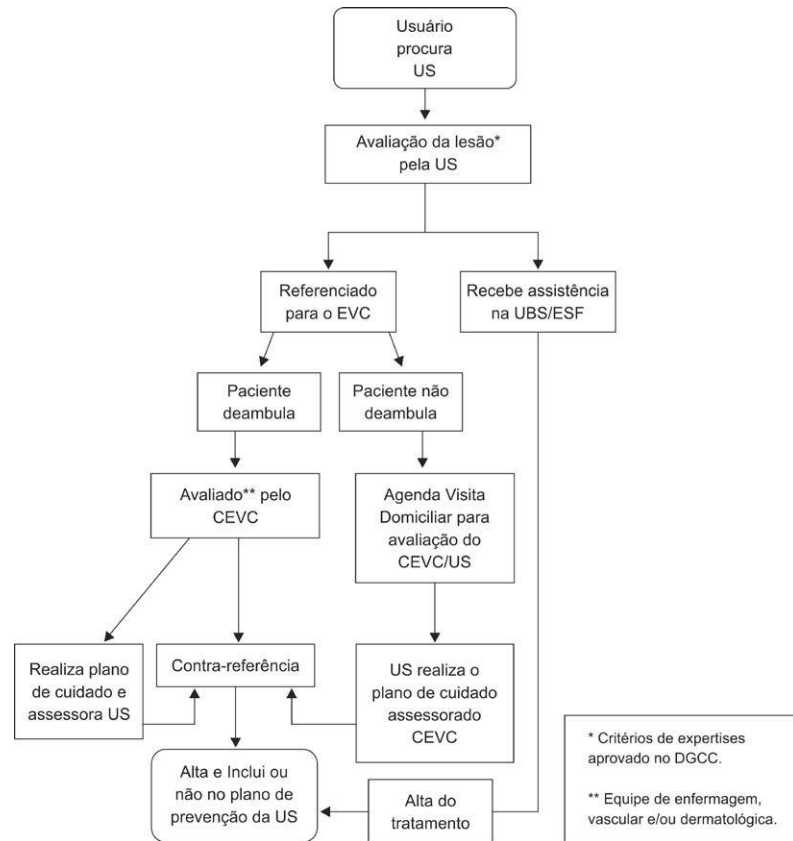


Figura 1: Proposta do Fluxo de Referência e Contra-referência de atenção a usuários com lesão de pele no DGCC  
 Fonte: Elaboração dos autores

Produtos de cobertura disponíveis no DGCC

O uso de produtos de coberturas de feridas que podem ser utilizados em lesões tissulares tem indicações restritas à avaliação da lesão e à clínica do paciente. O quadro 1 apresenta os produtos disponibilizados pela SMS/POA para os serviços especializados, especificando a composição, indicação, contraindicação e o tempo de permanência na lesão.

NOME PRODUTO	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA DE COBERTURA
Bandagem de óxido de zinco 7,5 x 6cm (1,3,4)	Óxido de zinco Goma acácia Glicerol Óleo de rícino Água deionizada	Edema linfático. Tratamento compressivo para úlceras venosas.	Pacientes que não deambulam. Pacientes com diabetes mellitus. Pacientes com alergia a óxido de zinco. Úlceras arteriais ou mistas. Inflamação intensa. Celulite (inchaço e eritema)	Até 7 dias.
Antimicrobiano com prata 10x10cm (1,3)	Carboximetilcelulose sódica 1,2% prata iônica	Feridas infeccionadas e exsudativas.	Pacientes com alergia a prata.	Lesões: até 7 dias Queimaduras 2º grau: até 14 dias
Alginato de cálcio e Carboximetilcelulose 10x10 cm (1,5)	Alginato de cálcio Hidrocolóide	Ferida exsudativa, com ou sem infecção, com ou sem sangramento. Controla pequenas hemorragias.	Ferida pouco exsudativa.	Diárias ou no mínimo 2x semanais.
Carvão ativado e prata 10,5 x 10,5 cm.	Carvão ativado Prata (0,15%)	Feridas exsudativas, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico. Feridas fétidas.	Feridas pouco exsudativas. Presença de exsudato sanguinolento. Exposição óssea ou tendinosa. Queimaduras.	Até 7 dias.
Compressa Impregnada com AGE 7,6 x 7,6 cm (15)	Acetato de celulose Ácidos graxos essenciais	Feridas secas ou exsudativas. Feridas com ou sem infecção, com ou sem necrose, com exposição de ossos ou tendões. Feridas cirúrgicas. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Enxertos. Queimaduras de 2º grau (pequena extensão).	Pacientes em tratamento por câmara hiperbárica.	Até 72 horas.



NOME PRODUTO	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA DE COBERTURA
Tela de algodão parafinada 10 x 10 cm.	Gaze de algodão (100%) Parafina branca macia (100%)	Lesões com tecido de granulação. Queimaduras. Enxertos. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Uso concomitante a antisséptico ou antibióticos.	Não há.	Conforme análise clínica do profissional.
Curativo de filme transparente 10 x 10 cm <sup>(8)</sup>	Poliuretano	Lesões de pele, infectadas ou não.	Não há.	Até 14 dias.
Curativo antisséptico de tela parafinada com acetato de clorexidina 10 x 10 cm. <sup>(10)</sup>	Algodão. Parafina. Acetato de clorexidina (0,5%).	Profilaxia de infecção. Curativos pós-cirúrgicos. Feridas infectadas. Úlceras venosas. Úlceras por pressão. Uso concomitante a um curativo absorvente.	Pacientes com sensibilidade a clorexidina.	A cada 24 horas.
Curativo absorvente não aderente 10 x 10 cm <sup>(7,9)</sup>	Algodão e fibras poliéster.	Feridas exsudativas, com ou sem contaminação. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão.	Não há.	A cada 24 horas.
Tela de algodão parafinada 10 x 10 cm.	Gaze de algodão (100%) Parafina branca macia (100%)	Lesões com tecido de granulação. Queimaduras. Enxertos. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Uso concomitante a antisséptico ou antibióticos.	Não há.	Conforme análise clínica do profissional.
Hidrogel <sup>(9)</sup>	Água (77,7%) Carboximetilcelulose (2,3%) Propilenoglicol (20%)	Ferida pouco exsudativa.	Feridas exsudativas.	Com necrose: a cada 72 horas. Manutenção da umidade: a cada 24 horas.

NOME PRODUTO	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA DE COBERTURA
Tela de algodão parafinada 10 x 10 cm.	Gaze de algodão (100%) Parafina branca macia (100%)	Lesões com tecido de granulação. Queimaduras. Enxertos. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Uso concomitante a antisséptico ou antibióticos.	Não há.	Conforme análise clínica do profissional.
Curativo de espuma antibacteriano com prata 10 x 10 cm <sup>(12)</sup>	Poliuretano Prata iônica	Feridas exsudativa. Feridas com risco de ou com infecção. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Úlceras em pé diabético. Queimadura de 2º grau. Pele frágil.	Feridas pouco exsudativas. Feridas profundas.	Até 7 dias.
Óleo Dermoprotetor com AGE <sup>(6,9)</sup>	Triglicérides de Ácidos Cáprico e Caprílico Óleo de girassol clarificado Lecitina Palmitato de retinol Acetato de tocoferol Alfa-tocoferol	Úlceras venosas, arteriais e diabéticas, com ou sem infecção. Queimaduras de 1º, 2º e 3º grau. Eczemas. Profilaxia de úlceras por pressão.	Não há.	A cada 12 horas.
Hidrocolóide <sup>(9)</sup>	Gelatina Pectina Carboximetilcelulose sódica	Feridas rasas com pouco exsudato.	Feridas infectadas. Feridas exsudativas. Queimaduras de 3º grau.	1 a 7 dias.
Gaze não aderente <sup>(11)</sup>	Viscose (100%)	Evitar a aderência do curativo no leito da ferida.	Feridas com secreção purulenta e muito exsudato.	A cada troca do curativo.
Ataduras elásticas 2,2 m <sup>(13)</sup>	Poliamida (54%) Algodão (23%) Poliéster (23%)	Terapia compressiva. Úlceras venosas. Proteção da ferida. Flexibilidade ao enfaixamento.	Úlceras arteriais.	Até 7 dias.

NOME PRODUTO	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	TROCA DE COBERTURA
Gel hidrogel com alginato <sup>(14)</sup>	Água Carboximetilcelulose Alginato de cálcio	Feridas necrosadas. Úlceras vasculares. Úlceras por pressão. Úlceras em pé diabético (não infectadas) Queimaduras de 1º e 2º grau.	Não há.	Feridas necróticas: até 3 dias. Feridas limpas: conforme exsudato.

Quadro 1. Produtos disponíveis<sup>1</sup>

Fonte: Dados do estudo

## Orientações dos cuidados

### A importância da higiene das mãos

Na Rede de Atenção Básica, os usuários que são atendidos têm características diferentes dos pacientes hospitalares, e nesses casos será intensa a preocupação da equipe de saúde com a orientação da higiene corporal diária e a lavagens de mãos antes e depois de realizado o curativo.

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções, sendo a lavagem de mãos considerada a ação preventiva mais importante.

A higienização das mãos deve ser realizada pelos profissionais de saúde antes e após o cuidado ao paciente, buscando evitar a contaminação cruzada. A orientação da higiene corporal diária aos pacientes que realizam curativos no domicílio também é importante, visto que a pele é uma barreira mecânica, e quando lesionada até a flora normal pode tornar-se prejudicial.

O paciente é orientado a realizar a fricção simples das mãos e punhos, para remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

### Orientações de medidas de cuidado e ações preventivas

- Úlceras venosas: realizar caminhadas de acordo com a tolerância do paciente, exercícios de flexão e extensão dos pés e quando em repouso elevar os membros inferiores. A fim de prevenir novas lesões, orienta-se o uso de meias elásticas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

<sup>1</sup> Os materiais utilizados para a construção deste protocolo restringiram-se aos disponibilizados pela Prefeitura de Porto Alegre aos distritos.

- Úlceras arteriais: manter extremidades aquecidas e realizar caminhadas quando houver dor e evitar a elevação dos membros inferiores (PRAZERES, 2009).
- Úlceras por pressão: posicionamento adequado do paciente, evitar fricção e cisalhamento, proteger as proeminências ósseas com coxins e colchões piramidais, hidratar a pele e realizar troca de decúbito regularmente.

## Tratamento manual da lesão

### Limpeza da ferida:

O manejo das feridas deve seguir alguns princípios, a fim de remover resíduos de produtos tópicos, esfacelos, exsudatos e outros corpos estranhos. Deve ser realizada com solução fisiológica aquecida, para evitar o trauma e não prejudicar o processo de cicatrização, pois soluções não aquecidas diminuem a resposta inflamatória e a síntese do colágeno, além de provocar vasoconstrição. É necessária realização da técnica de pressão a jato para que a limpeza seja efetiva, para isso pode-se utilizar uma agulha de calibre 40x12 (PRAZERES, 2009).

Ao secar a pele adjacente com gaze estéril, é necessário seguir um único sentido, do menos para o mais contaminado, a fim de evitar a contaminação de outras partes da lesão.

### Uso dos correlatos:

O tratamento é definido pela enfermagem, conforme a lesão, sendo levado em consideração o grau da lesão, a quantidade e coloração do exsudato, tipo de tecido, presença de necrose, fibrina ou infecção, e tolerância do paciente em relação ao tratamento. Para tal, indicamos a utilização do quadro 1.

### Tempo de permanência da cobertura:

Devido ao enfermeiro ser o profissional que tem maior contato com o paciente, cabe a ele avaliar o tempo de permanência e o número de trocas do curativo, respeitando a indicação de cada produto.

Em feridas muito exsudativas, é necessário realizar a troca da cobertura secundária sempre que esta estiver úmida, evitando, assim, maceração da pele circundante à lesão.

### Enfaixamento correto:

O objetivo do enfaixamento é proteger a lesão, manter o curativo e auxiliar a circulação venosa por meio da compressão – se necessário. O enfermeiro deve obter o diagnóstico do tipo de úlcera para



determinar o enfaixamento, pois é contraindicado o uso de terapia compressiva em úlceras arteriais. A orientação da faixa é sempre da parte distal para proximal (BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006). Utiliza-se a bandagem secundária para manter o curativo primário na posição, aumentar a absorção de exsudato, fornecer compressão quando necessário, fornecer calor e conforto para a região e proteger fisicamente a lesão (IRION, 2012).

#### **Medidas protetivas do curativo:**

Embora haja uma cobertura que vise cobrir a lesão, esta também exige cuidados. Orienta-se o paciente a impermeabilizar o curativo ao realizar atividades que envolvam água, como por exemplo, na hora do banho, ou sujidades, a fim de respeitar o tempo de permanência do tratamento e evitar contaminação.

#### **Orientações para aquisição de materiais pelos usuários<sup>2</sup>**

Para o paciente ter acesso aos materiais disponíveis na rede, é preciso que ele esteja vinculado à unidade de saúde de referência. Após a avaliação da equipe de saúde, os materiais básicos serão distribuídos de acordo com a necessidade. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre disponibiliza gaze, soro fisiológico, agulha descartável, atadura de algodão, atadura elástica, micropore e esparadrapo.

O armazenamento do produto deve obedecer às informações fornecidas pelo fabricante, contudo todos os materiais devem ser protegidos da exposição a luz solar, poeira, ácaros e umidade.

Para evitar acidentes é importante observar o prazo de validade do correlato utilizado, bem como mantê-lo em sua embalagem original.

#### **Considerações finais**

A proposta busca a padronização do atendimento aos usuários do DGCC do Município de Porto Alegre aos portadores de lesões tissulares, inserindo a atenção primária neste cuidado e mantendo o apoio do serviço especializado à equipe da unidade, numa construção de rede de atenção saúde.

Enfatizamos que a proposta não se restringe apenas à utilização de produtos, ela introduz a educação em saúde como principal base para o cuidado, e estabelece que ao término do tratamento o usuário continue vinculado à unidade de saúde, sendo monitorado para evitar novas lesões.

<sup>2</sup> Os pacientes só têm acesso aos produtos do Quadro 1 caso estejam em tratamento nos serviços especializados, sendo os curativos realizados nesses locais.

Esse relato estimulou o grupo de tutor, preceptor e monitores do PET Gestão a dar continuidade a sistematização do cuidado de lesão de pele e ele será continuado em um Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem, para ampliar essa sistematização para o município de Porto Alegre, e a um mestrado que validará o protocolo.

#### **Referências**

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas*. 2006. 51 p. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/curativos.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 2.616, de 12 de maio de 1998*. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>>. Acesso em: 04 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde)*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.prosaude.org>>. Acesso em: 14 abr 2014.

DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eline Lima. *Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de cuidados de feridas*. 2007. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf?sequence=>>>. Acesso em: 27 maio 2014.

IRION, Glenn L. *Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 336 p.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Dados demográficos IBGE 2010*. Atualizado até 21/09/2012. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=918](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918)>. Acesso em: 24 nov. 2014.

PRAZERES, Silvana Janning. *Tratamento de feridas: teoria e prática*. Porto Alegre: Moriá, 2009. 377 p.

SAMPAIO, Francisca Aline Arrais. *Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC*. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/1957/1/2007\\_faasampaio.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/1957/1/2007_faasampaio.pdf)>. Acesso em: 4 ago 2014.

## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Ana Paula Gossmann Bortoletti  
Arthur Alves de Teixeira  
Érica Rosalba Mallmann Duarte  
Marsam Alves de Teixeira  
William Rogério Aretz Brum

### Introdução

As Úlceras de Pressão (UP) são consideradas um problema grave, tanto nas internações hospitalares, quanto na rede de atenção básica, principalmente em idosos, acamados ou pessoas em situações de adoecimento crônico-degenerativo (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As UPs são definidas como áreas de necrose tissular que tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um longo período de tempo (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Sabe-se que a prevenção das UPs, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática e qualificada, que deve ser iniciada com uma avaliação criteriosa, quando o usuário é admitido em um serviço. Independente da sua situação, ele deve já ser avaliado quanto ao risco de ter novas lesões ou não, prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas envolvendo toda a equipe de saúde (LUCENA et al., 2011).

Durante a realização de atividades de monitores, preceptores e tutores do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (BRASIL. SECRETARIA DE GESTÃO DO



TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2014) no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) do município de Porto Alegre, foi constatada a necessidade de unificar informações e cuidados relacionados ao cuidado de UPs, de forma que os usuários atendidos na atenção básica tenham um cuidado continuado, buscando não somente sua cura ou recuperação, mas também a sua prevenção. Para tanto, vê-se a necessidade da elaboração de um protocolo que norteie os cuidados relacionados ao tratamento e prevenção das UPs na atenção básica de forma interdisciplinar.

Sabe-se que a prevenção da UP, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação do usuário admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas envolvendo toda a equipe de saúde. Em geral quando se dialoga sobre cuidados em UP, pensa-se em um cuidado exclusivo de médicos e enfermeiros, entretanto esses cuidados devem ser vistos de forma ampla, onde a prevenção e a recuperação são as grandes estratégias, principalmente na rede de atenção básica. A participação de uma equipe inter e multidisciplinar nas UP é imprescindível, iniciando com a educação dos usuários para o cuidado a sua saúde, passando pelos agentes de comunitários e de endemias até o adequado encaminhamento ao serviço especializado de referência do distrito.

A prevenção de UP, além de depender de uma habilidade de observação para avaliar o risco, necessita ainda de um instrumento que o mensure, para que assim se possa estabelecer as condutas e as ações preventivas. Para o presente protocolo optou-se pela utilização da escala de Braden, que possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade adequadas, além de já ter sido traduzida e validada para o português (PARANHOS; SANTOS, 1999). A escala mensura seis itens para a avaliação do risco de UP: percepção sensorial, umidade, atividade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Atualmente, no DGCC, o tratamento de UP é realizado de acordo com os conhecimentos que cada profissional das unidades de saúde possui, o que muitas vezes interfere no adequado tratamento utilizado, nos registros da evolução da lesão, nas condutas de educação ou mesmo na escala de risco utilizada.

Os protocolos de UP ainda são utilizados predominantemente em instituições hospitalares, porém é de suma importância que os serviços da atenção básica de saúde se apropriem deste tipo de ferramenta para a prevenção de agravos nesse tipo de lesão na população atendida.

### Objetivo

Propor a elaboração de um protocolo que sistematize a prevenção e o tratamento da UP para os pacientes que tenham risco ou apresentem este problema e que possa ser implantado na Rede de Atenção Básica.

### Metodologia

Através da revisão de literatura, com busca de documentos em bases de dados do LILACS, Scielo e Medline.

### Discussão

Para a prevenção das UPs, é necessário realizar avaliação do risco do paciente para desenvolver a lesão. A Escala de Braden (Quadro 1) avalia o risco para o desenvolvimento da UP e determina o resultado menor ou igual a 13 no somatório total desta escala. A partir do resultado, é desenvolvido um plano junto aos usuários e familiares, buscando estabelecer condutas que orientem os mesmos para a prevenção deste agravo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

<b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1 - Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuindo ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2 - Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemito ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3 - Levemente limitado:</b> Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4 - Nenhuma limitação:</b> Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
---	---	---	--	--

<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc... A umidade é detectada às movimentações do paciente	<b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física	<b>1. Acamado:</b> confinado à cama	<b>2. Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas em que está acordado
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente Imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma a refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitara um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parental Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar

Fricção e cisalhamento	<b>1. Problema:</b> Requer uma assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo, mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira
------------------------	--	--	--

Quadro 1. Escala de Braden  
Fonte: PARANHOS; SANTOS (1999)

A avaliação para risco de UP deve ser contínua, necessitando que a ferramenta seja aplicada regularmente a cada avaliação, seja na US ou no domicílio. São medidas de prevenção para úlcera de pressão (PARANHOS; SANTOS, 1999; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006): elevar cabeceira do paciente em 30°, quando não existir contra indicação; mudar posição do paciente a cada 2h; não massagear proeminências ósseas; aliviar a pressão sobre as proeminências ósseas; fazer uso de hidratante/óleos; manter nutrição adequada; orientar pacientes e cuidadores a respeito das formas de evitar lesões na pele; manter lençóis limpos de farelos e bem esticados; realizar limpeza do perineo após cada eliminação; usar hidratantes (orientado pela equipe) na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia; estimular saída do leite; e utilizar TCM ou óxido de zinco como barreiras da pele em casos de incontinência.

Na etapa de prevenção, os agentes comunitários são membros importantes da equipe, pois têm a possibilidade de detectar precocemente os riscos de algum membro das famílias que eles acompanham, encaminhar para um atendimento na US e acompanhar a prevenção e evolução de tratamento. Os agentes comunitários têm como cenário de trabalho o território e sua permanência junto aos usuários fazem deles efetivos educadores em relação aos manejos de prevenção de UP.



A avaliação das lesões, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), seguem os seguintes estágios:

- Estágio I: apresenta área hiperemiada, podendo haver uma ou mais das seguintes condições: aquecimento ou resfriamento do local, sensação de firmeza ou amolecimento, dor ou prurido.
- Estágio II: rompimento da pele envolvendo epiderme ou derme. Apresenta-se por abrasão, bolha ou cratera rasa.
- Estágio III: lesão envolvendo o tecido subcutâneo com presença de necrose ou não. Apresenta cratera profunda, com ou sem comprometimento subjacente do tecido adjacente.
- Estágio IV: dano extenso em tecido muscular, ósseo, tendão ou cápsula articular, que pode ou não apresentar necrose.
- Inclassificáveis/não graduáveis: profundidade indeterminada. Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Após a avaliação da ferida procede-se na realização do cuidado. Apesar de cada lesão ser diferente uma da outra, existem características a ser observadas em todos os cuidados (ROLIM et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009): manter a umidade no leito da ferida; manter a temperatura do leito da ferida em torno de 37 °C; propiciar a absorção do excesso de exsudato; prevenir a infecção, realizando-se o adequado cuidado de assepsia; não causar traumas no tecido de granulação; não deixar resíduos no leito da ferida; limitar a movimentação dos tecidos em torno da ferida; proteger contra traumas mecânicos; a cada troca de curativo, proceder a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% através de pequenos jatos; remover o exsudato utilizando uma gaze embebida em soro, executando movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial. Conforme as características da lesão procedem-se o cuidado conforme descrito abaixo (Figura 1):

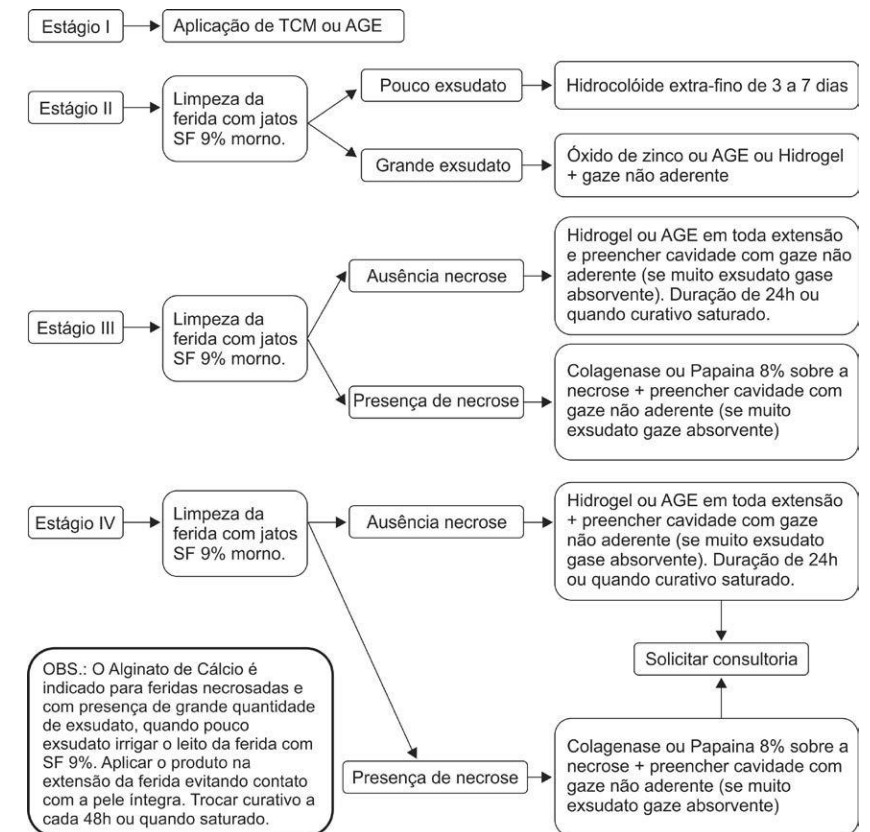


Figura 1. Fluxo de cuidado de acordo com estágio da Úlcera de Pressão  
Fonte: INCA (2009); FRANCO; GONÇALVES (2008); BRUNNER; SUDDARTH (2009)

## Considerações finais

A rede de atenção básica de saúde tem buscado aumentar a sua capacidade resolutiva e absorver cada vez mais o nível primário, que são os conjuntos de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A reorganização e o fortalecimento constituem a prioridade do Ministério da Saúde. As lesões de pele pelo aumento de pacientes acamados no domicílio são um dos grandes problemas demandados pela população.

Neste cenário, é importante ter uma rede sistematizada de atenção a lesões que contemple a organização das unidades de saúde e os centros de referência, buscando acolher os usuários e dar encaminhamentos adequados a este processo. A experiência de aproximação entre a academia e os serviços, através do PET-

Saúde e das residências multiprofissionais, possibilitam que o conhecimento e os relatos de experiência dos processos de trabalho aproximem os profissionais de saúde e os futuros profissionais e a universidade, e que as experiências que estão sendo iniciadas comecem a ser divulgados de forma mais sistemática.

### Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. *Protocolo de prevenção de úlcera por pressão*. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde)*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.prosaude.org>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- CHAYAMITI, E.M.P.C.; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.
- FRANCO, D; GONÇALVES, L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 35, n. 3, maio/jun. 2008.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão*. Porto Alegre, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Tratamento e Controle de Feridas Tumoriais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado*. Brasília, 2009. Série Cuidados Paliativos.
- LUCENA, A.F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.
- MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009.
- PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. esp., 1999.
- ROLIM, J. et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Revista Rene*, v. 14, n.1, p. 148-57, 2013.

# UTILIZANDO O WHATSAPP EM REGISTROS DE LESÕES DE PELE COMO FORMA DE AGILIZAR O ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Celita Rosa  
Cintia Ferreira  
Claudiane Ochoa  
William Dartora  
Deborah Dias Garcia  
Érica Rosalba Mallmann Duarte  
Érika da Rosa dos Santos  
Patrícia Venzon

### Introdução

Esse relato de experiência tem como objetivo descrever a vivência de acadêmicos e docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto com enfermeiras da UBS Cristal e do Centro de Referência Vila dos Comerciantes, no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, ao utilizar o *WhatsApp* para agilizar a avaliação de pacientes em internação domiciliar. Os usuários acamados recebem materiais especiais para os cuidados, em tipo e quantidade adequada ao seu uso, que são fornecidos pela Prefeitura de Porto Alegre. A verificação deste material é realizada pelos enfermeiros das unidades de saúde (US) vinculados à prefeitura, e uma das pacientes visitadas será o caso que servirá de exemplo para esse relato de reflexões.

Caso: usuária, 52 anos, retardo mental crônico, cadeirante, eliminações em fraldas, institucionalizada em uma casa de repouso. Não há qualquer conhecimento de seus familiares, sendo seus gastos supridos por uma pessoa sem vínculos de parentesco e por sua aposentadoria. Em seu histórico de saúde, constam várias internações hospitalares, sendo a última com duração aproximada de um mês, por diarreia e desidratação. Após esse período, retornou



à casa de repouso apresentando úlceras por pressão (UPP) na região sacra, calcâneos direito e esquerdo e maléolo lateral esquerdo. Segundo Blanes et al. (2004), a UPP é definida como lesão tissular de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa, e localiza-se, usualmente, sobre uma proeminência óssea. A casa de repouso, que atende a usuária, solicitou à unidade de saúde (US) uma visita domiciliar (VD) para avaliação das lesões e auxílio sob forma de dispensação dos materiais para os curativos. A visita foi realizada por docentes e acadêmicos que estagiavam na unidade de saúde de referência da casa de repouso onde a usuária vive. A complexidade da lesão da paciente fez com que o grupo necessitasse da avaliação de um serviço especializado para avaliação da lesão e análise do material especial que estava sendo dispensado. Neste momento, veio a ideia de encaminharmos fotos (fig. 1,2,3) via *WhatsApp* aos enfermeiros estomaterapeutas que atendem no Centro Especializado Vila dos Comerciantes (CEVC) e fazer uma ligação informando o caso da paciente e pedindo orientação para as colegas. Foi feita a avaliação, via registro fotográfico e contato telefônico, e marcada uma visita na casa de repouso. Na visita de avaliação da enfermeira estomaterapeuta com o grupo, foi realizada uma avaliação, proposto um tratamento e dadas orientações aos cuidadores. A usuária recebia naquele período dois rolos de gases e um rolo de esparadrapo, mensalmente, para a realização dos cuidados das lesões, que eram realizados três vezes ao dia pela técnica de enfermagem da casa de repouso. A US realiza avaliações de dois em dois meses buscando identificar se o material utilizado está adequado em tipo e quantidade.

### Atendimento Domiciliar

Em alguns escritos da literatura que discutem o atendimento domiciliar (AD), o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio, seguindo por doenças crônicas degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violência (SCHRAMM, 2004). Segundo a Portaria 2.527, de outubro de 2011, o AD:

[...] constitui uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integradas às redes de atenção à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 44).

O AD potencializa a transversalidade das atenções ao colocar o usuário e suas necessidades no centro da rede de atenção à saúde, e para isso deve estabelecer fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção desta rede. Ele não reduz custo, e sim aperfeiçoa, fazendo com que o uso seja adequado a real necessidade de consumo. Entretanto, todas essas mudanças de retirar pacientes mais precocemente dos cuidados hospitalares e fazer com que estes sejam feitos no domicílio têm exigido da equipe de saúde da rede de atenção básica modificações de seus processos de trabalho e a sua relação com setores de apoio de encaminhamento de material e medicações. Estes setores necessitam de constantes informações dos tipos e quantidades de materiais que estão sendo usados para a população no cuidado domiciliar.



Figura 1. Calcâneo Esquerdo  
Fonte: Acervo pessoal autores



Figura 2. Calcâneo Direito  
Fonte: Acervo pessoal autores



Figura 3. Região Glútea  
Fonte: Acervo pessoal autores

### Resultados

A equipe de saúde da unidade tinha muitos pacientes para serem avaliados e pouco tempo para realização da atividade, dentro de seu processo normal de trabalho. Os acadêmicos, junto aos seus professores e enfermeira, decidiram realizar as visitas aos pacientes que deveriam ser avaliados por gravidade

dos cuidados e iniciaram com a paciente descrita acima. Na visita o grupo se deparou com uma usuária que necessitava de avaliação de profissionais especializados em lesões de pele e não em tipo e quantidade de materiais. Para poder proporcionar um atendimento mais ágil e eficaz, o grupo de acadêmicos e professores teve a iniciativa de encaminhar as fotos tiradas de seus celulares e mandar via *WhatsApp* para as enfermeiras estomaterapeutas que atendem pacientes neste distrito e o resultado foi três visitas conjuntas onde foi realizado desbridamento de duas das lesões, verificado a necessidade de inclusão de materiais que não constavam na lista da paciente e realização de orientações do cuidado às técnicas de enfermagem. Toda evolução da lesão também foi registrada em fotos.

### Conclusão

A partir desta experiência, foi iniciado um banco de fotos de casos de usuários com lesões de pele dos pacientes que são atendidos na US, e foi criado um fluxo de consultoria, ainda informal, entre os enfermeiros a partir dos envios dos registros fotográficos. Ficou evidenciada a importância do suporte aos enfermeiros da US pelos enfermeiros do serviço especializado. Essa experiência possibilitou o aprendizado aos acadêmicos e a abertura da possibilidade de formas de apoio entre os enfermeiros do serviço especializado e equipe de saúde da US, não pensadas até aquele momento. Constatou-se também a necessidade de definir um fluxo de atendimento para facilitar o acesso dos usuários e garantir o atendimento de forma ágil e qualificada pelos profissionais da rede.

### Referências

BLANES et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Revista Ass. Med. Brasileira*, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 208, 28 out. 2011. Seção1, p. 44.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.



## REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL



# RESSIGNIFICANDO REDES: A VIVÊNCIA DE MONITORES NO ITINERÁRIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Aline Monique Hessel  
Deise Cardoso Nunes  
Marcio Pezzini França  
Priscila Siebeneichler  
Nina Lewkowicz  
Mariana Tesch Koetz  
Larissa de Moraes Gonzaga

## Introdução

O processo de democratização do país, iniciado na década de 80, traz consigo uma série de mudanças na concepção de sujeito e seus direitos. No campo da saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi marcada por uma série de reivindicações e proposições feitas pela sociedade, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Sanitária é um conjunto de mudanças paradigmáticas que promove uma maneira absolutamente distinta de se olhar para a população, que passa a ter acesso a todo o sistema, independente de trabalho, renda, etnia ou sexo.

A partir disso, todos os cidadãos tem direito ao acesso à saúde, incluindo os usuários de drogas, foco deste projeto de pesquisa. Nesse sentido, “a Reforma Sanitária, com a criação do SUS, permitiu visualizar o usuário de drogas como sujeito de direitos e usuário de saúde [...] especialmente a partir do princípio da universalidade – saúde é um direito para todos” (CONTE et al., 2004, p. 60).

Atualmente, o cuidado das pessoas que usam drogas é pautado pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD), deliberada pelo CONAD (Conselho Nacional Antidrogas) em 2005, que preconiza:

atingir o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; tratamento igualitário e integral; conscientização e prevenção quanto ao uso abusivo de drogas; diferenciação do usuário, da pessoa em uso indevido, do dependente e do traficante; redução da oferta de drogas; garantir a implementação dos programas, ações e atividades da redução da demanda e redução de danos; etc. Estes pressupostos são efetivados em cinco grandes pilares: prevenção; tratamento, recuperação e inserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2008).

Portanto, existe uma série de mecanismos e ferramentas de cuidado em saúde aos usuários de drogas no Brasil e os usuários, como qualquer cidadão, circulam em diversos espaços onde estabelecem diferentes relações com os sujeitos, instituições, estabelecimentos, etc. Assim, estão inseridos em uma rede que se constitui de diversos pontos, caminhos, direções. Mas que rede é essa?

A partir deste questionamento, foi desenhada essa pesquisa, com o objetivo de conhecer as redes de apoio disponíveis e acessadas pelos usuários de álcool e outras drogas, além do serviço especializado em que os mesmos já realizam tratamento. Acredita-se que outros espaços e atores da rede (assistência social, educação, segurança, lazer, família, amigos, entre outros) possam contribuir para a vinculação a um tratamento e sua reinserção social.

### Método

É um estudo qualitativo, com utilização de entrevistas semiestruturadas e observação dos usuários de álcool e outras drogas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Glória/Cruzeiro/Cristal (CAPS AD GCC), na modalidade de estudos de casos. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritivo, com levantamento de dados e descrição das características de uma determinada população (GOLDIM, 2000).

Foi planejada uma amostra de quatro usuários de álcool e outras drogas, ativos no tratamento do CAPS AD. O número da amostra se deu por conveniência, considerando o tempo de coleta, análise do material coletado, e possíveis variabilidades entre os sujeitos. Foram colocados cartazes nas dependências internas do CAPS AD e os usuários interessados manifestaram-se espontaneamente.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, observação e registro fotográfico. Após as entrevistas, foram agendadas algumas observações que permitiram o acompanhamento dos monitores às redes acessadas pelos usuários participantes, utilizando as mesmas condições de transporte do usuário e na companhia dos mesmos.

Cada usuário recebeu uma máquina fotográfica descartável, com possibilidade de registrar vinte e sete fotos do que ele considerava sendo sua rede, contemplando ou não o que ele falou na entrevista ou o que foi observado junto com as pesquisadoras. Após a revelação das fotos, os usuários fizeram uma análise dos registros junto com as monitoras como estratégia de reflexão.

Os participantes da pesquisa assinaram termo de consentimento e autorização para uso de imagens, onde o mesmo irá ficar ciente dos objetivos e da utilização destas no estudo. Este projeto foi aprovado conforme parecer nº 694.718 do CEP Instituto de Psicologia – UFRGS.

### Resultados preliminares

Os quatro participantes selecionados foram: Participante 1 – E., do sexo feminino; Participante 2 – O., do sexo masculino; Participante 3 – A., do sexo masculino; e Participante 4 – J., do sexo masculino. O contato entre monitores e usuários começou nas entrevistas, onde se procurou abordar algumas categorias ou pontos da rede e explorar o que eles trouxeram. As categorias se constituíram em: saúde, escola/trabalho, família/amigos/outras relações, lazer, espiritualidade e segurança/justiça. Porém, a observação sobre as categorias não terminou na entrevista, mas prolongou-se até o fim do processo.

Logisticamente, após as entrevistas, eram marcadas as saídas com os participantes, a fim de percorrer e conhecer melhor alguns dos espaços/aspectos de sua vida que consideravam sua rede de apoio. Durante o trajeto, os participantes estavam livres para fotografar as cenas que representassem sua rede pessoal.

A Participante 1, ao longo da entrevista e da caminhada, mostrou sua paixão pelas artes. Desde criança tem uma relação próxima com a música, pela participação em corais, apresentações em bares, teatros, etc. Atualmente, trabalha num bar de Porto Alegre e faz outros shows pontuais, como o da foto, em que tocou num sarau cultural. Segundo ela, a música é o que lhe faz sentido e não se vê em nenhuma outra profissão que não essa.





Figura 1: Foto tirada pela Participante 1  
Fonte: Acervo pessoal autores

Ao analisar as fotos tiradas pela Participante 1, observou-se que, naquele período, não houve muitas redes para serem fotografadas. Assim, as fotos eram repetitivas ou sem a presença de algo importante por ela mencionado anteriormente, um certo vazio nos registros. Contudo, permaneceu em tratamento do uso de álcool e recebeu alta do CAPS AD.

Já o Participante 2 gosta de ambientes arborizados, próximos a água, dizendo sentir-se muito feliz perto da natureza, como representa a sua foto escolhida (Figura 2). Durante o percurso demonstrou empolgação e euforia, sempre falante, não demorou muito para contar onde fazia uso de drogas, inclusive nos alertando quanto a locais perigosos da cidade. Eram três pessoas, duas monitoras e o Participante 2.

Contudo, nota-se no contexto de sua história uma tendência de busca por algo distante de laços afetivos familiares ou amistosos, pois viveu sua infância e adolescência em uma cidade próxima a uma laguna, com margem praiana, cenário onde teve suas primeiras experiências com uso de drogas. Nessa mesma cidade acompanhou o alcoolismo do pai e desde pequeno ingeria substâncias alcoólicas. O alcoolismo paterno levou à separação conjugal de seus pais, quando sua mãe decidiu sair de casa e levar somente as filhas, deixando o Participante 2 aos cuidados do pai e da avó paterna.

Estar feliz perto da natureza, expressar a lembrança das experiências de prazer que teve, por outro lado, aponta um sentimento de solidão pela fragilidade dos seus vínculos afetivos. Ao mesmo tempo, uma certa necessidade de ter algo parecido com o que conhecemos na saúde como escuta.



Figura 2: Foto tirada pelo Participante 2  
Fonte: Acervo pessoal autores

O Participante 3 tem uma longa história de uso excessivo do álcool. Nasceu no interior e aos 26 anos começou a abusar da bebida, ou seja, cerca de 40 anos atrás. Chegou em Porto Alegre na década de 80, é casado, mora com esposa e filhos no mesmo terreno. A foto aqui apresentada (Figura 3) é do “Bar do Bia”, lugar onde costumava fazer uso do álcool. Sua escolha é paradoxal, pois, ao invés de parar de frequentar o lugar, agora que parou de beber, é lá que encontra seus amigos. Relata o processo de explicar aos conhecidos que tinha parado de beber e as dificuldades nisso, pois continuavam oferecendo goles, até que entenderam sua posição e esforço.



Figura 3: Foto tirada pelo Participante 3  
Fonte: Acervo pessoal autores

O Participante 3 ocupa um lugar de apoio e liderança nas atividades do CAPS AD/GCC. Coloca-se de maneira muito positiva e sua postura parece agenciar pequenas quebras no cotidiano daqueles que seguem seu dia a dia um tanto distraídos.

Ao apresentar sua rede de apoio, levou todos a um passeio de barco e a sensação, como nos outros lugares em que nos encontramos, é a de que ele embarcou em uma viagem só de ida para outros territórios possíveis de existência.

O Participante 4 mostrou uma forte presença e importância da família em sua vida e no seu tratamento. Ele decidiu começar o tratamento assim que sua esposa mostrou chegar ao limite, ou seja, ela não estava mais conseguindo lidar com o uso de álcool do marido. Assim, procurou o CAPS AD. Na família, relatou que o apoio de um dos seus irmãos foi essencial ao longo do tratamento. Houve também quem deu pouco apoio e se manteve afastado do processo.

Mesmo assim, a foto escolhida sobre sua rede foi sua casa. Decidiu fazer o percurso num dia em que a esposa estaria em casa, para que a conhecêssemos.



Figura 4: Foto tirada pelo Participante 4  
Fonte: Acervo pessoal autores

### Considerações Finais

Nestes dados preliminares, foi possível observar que a experiência enriqueceu os monitores que entrevistaram e acompanharam os usuários participantes na sua rede de apoio, produzindo reflexões importantes sobre a relação entre a dimensão social e a integralidade em saúde, estabelecendo o ensino em serviço e aproximando a teoria da prática. Por certo, outros achados

oriundos das entrevistas e fotografias poderão traçar itinerários possíveis, na visão do usuário, para o entendimento dos profissionais da saúde.

### Referências

- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.
- CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v.18, n.1, 2004.
- GOLDIM, José Roberto. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.



# USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS, PORTO ALEGRE, RS: PERFIL E DESFECHO

Míriam Thais Guterres Dias  
Stela Nazareth Meneghel  
Roger Flores Ceccon  
Estela Maris Gruske Junges  
Mayna Yaçanã Borges de Ávila  
Stefania Rosa  
Valdir Moreira  
Raíssa Barbieri Ballejo Canto

## Introdução

O consumo abusivo de álcool e outras drogas tem aumentado em diferentes regiões do mundo e afeta grandes contingentes da população, não apenas pelos efeitos das drogas mas também pela associação com a criminalidade que cerca o fenômeno. Este problema vem se materializando como um grave problema de saúde pública, exigindo dos países respostas concretas e efetivas.

No Brasil, uma das últimas drogas introduzidas é o crack, que teve seu uso rapidamente disseminado, principalmente entre a população pobre, se constituindo em um assunto de ampla repercussão social devido aos efeitos negativos que causa. Estudo realizado em cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de quatro capitais brasileiras evidenciou que 39% dos pacientes que procuraram atendimento devido ao uso de crack eram jovens, de baixa renda e do sexo masculino (JORGE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, impulsionada pelo movimento antimanicomial, nasceu no final da década de 1970, em um contexto de luta pela abertura política do país e alinhada à reforma

sanitária, como um movimento que visava à desconstrução de práticas consolidadas no manicômio, espaço entendido como de exclusão social à pessoa em sofrimento psíquico. A proposta dessa reforma é substituir gradualmente os hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços, visando conciliar o tratamento psíquico e a convivência social desses cidadãos.

Dessa forma, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que são serviços de saúde municipais que oferecem atendimento diário, na sua maioria em horário diurno. Os CAPS têm como objetivo ofertar atendimento às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento do vínculo familiar e comunitário, considerando o território onde vivem. Estes serviços são organizados de acordo com a abrangência populacional e algumas especificidades, como o perfil da população na oferta de ações de cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001).

Os CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) são referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Os CAPS AD operam na mesma lógica dos CAPS em geral, proporcionando a redução de danos como eixo central ao atendimento aos usuários e tratamento pautado na realidade de cada caso, sem focar na abstinência.

Para planejar políticas ou programas que possam dialogar com as realidades desses usuários e melhorar o atendimento oferecido nos serviços de saúde é preciso conhecer o perfil daqueles que são atendidos e a forma com que os serviços atendem às demandas em saúde dos usuários. Assim, este artigo tem como objetivo descrever o perfil e analisar o atendimento dos usuários de um CAPS AD de um distrito sanitário da cidade de Porto Alegre.

## Método

Este é um estudo transversal cuja produção de informações se deu a partir de dados secundários obtidos em prontuários dos usuários de um CAPS AD. A investigação faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Análise da Situação de Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas no Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre”, uma parceria entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (DIAS et al., 2011). Esta etapa da

pesquisa foi realizada na Unidade de Produção Pedagógica de Epidemiologia V, no âmbito das práticas do curso de graduação em Saúde Coletiva/UFRGS e teve como objetivo estratégico inserir os alunos na realidade dos serviços e, ao mesmo tempo, realizar uma experiência de pesquisa.

O cenário do estudo é o Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal, localizado na zona sul da cidade de Porto Alegre, sendo um dos oito distritos de saúde da cidade, com uma população de 163.412 pessoas. A rede pública de serviços de saúde é composta pelo Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, constituído por 13 serviços: Pronto-Atendimento, Plantão em Psiquiatria, Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Serviço de Assistência Especializada em DST e HIV/AIDS (SAE), Laboratório Municipal, Centro de Reabilitação, Ambulatório de Especialidades, CAPS II e CAPS AD. O Distrito dispõe também de 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além disso, esta região é o Distrito Docente Assistencial da UFRGS para o desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este território também é marcado pela presença de tráfico e uso de drogas.

Foi realizada uma amostragem sistemática de 1.000 prontuários, totalizando uma amostra de 100 prontuários de usuários ativos e inativos do CAPS AD Glória/Cruzeiro/Cristal. Os prontuários foram selecionados de modo que incluíssem os registros ativos e encerrados, e a data de ingresso do usuário incluiu o período de abertura do CAPS (2006) até o ano de 2012.

Os dados foram registrados em uma ficha elaborada especificamente para a pesquisa pelas equipes de pesquisadores e trabalhadores do CAPS<sup>1</sup> em que constavam informações sociodemográficas, de acesso, utilização do serviço, tipo de droga consumida e desfechos. Estes foram, posteriormente, digitados e organizados em um banco de dados usando o software *EpiInfo* e, para análise estatística, foi utilizado o software SPSS, versão 17.0. Foi realizada descrição de todas as variáveis através de médias e frequências. Para a associação estatística, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, tendo como desfecho a evolução dos casos, considerando-se pacientes ativos os que ainda se encontravam em tratamento e abandono quando o paciente não retornou em um período de três meses. Foram excluídos os indivíduos cujo desfecho era ignorado (5), assim como aqueles que apresentaram

1 Profissionais do serviço na atividade de preceptores do PET Saúde Mental.

melhora (1), que foram encaminhados a outro serviço (5) ou que foram a óbito (1). Foram considerados significativos valores menores que 0,05.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia/UFRGS, sob o número 20503 (04/07/2011), e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o número 701 (28/02/2012).

## Resultados

Foram analisados os prontuários de 100 usuários cadastrados no CAPS AD, cuja data de ingresso ao serviço variou do ano de 2006 a 2012. A amostra apresentou uma média de idade de 27 anos ( $\pm 10,9$ ) e a maioria era do sexo masculino (86%), solteiro (48%), nível de escolaridade de ensino fundamental (59%), e um quarto do grupo estava desempregado (25%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Características sociodemográficas, de acesso e uso de medicamentos e drogas entre os usuários do CAPS AD. Porto Alegre, RS (2006-2010)**

Variáveis	N (100)	%
Sexo		
Masculino	86	86,0
Feminino	14	14,0
Situação conjugal <sup>(1)</sup>		
Solteiro	48	48,0
Companheiro	18	18,0
Situação ocupacional		
Empregado	24	24,0
Desempregado	25	25,0
Outra	51	51,0
Escolaridade <sup>(2)</sup>		
Ensino Fundamental	54	59,8
Ensino Médio	24	21,9
Mora com quem? <sup>(3)</sup>		
Famíliares	69	69,0
Sozinho	15	15,0
Tempo acompanhamento <sup>(4)</sup>		
< 6 meses	61	61,0
≥ 6 meses	15	15,0
Idade de início no CAPS		
< 20	61	61,0
≥ 20	39	39,0
Encaminhamento		
UBS/ESF	23	23,0
Emergência	4	4,0
Espontânea	64	64,0
Outro serviço	9	9,0



Variáveis	N (100)	%
Situação		
Ativo	22	22,0
Abandono	60	60,0
Outro	18	18,0
Uso de medicamentos <sup>(5)</sup>		
Sim	47	47,0
Não	45	45,0
Maconha <sup>(6)</sup>		
Sim	42	42,0
Não	52	52,0
Cocaína <sup>(7)</sup>		
Sim	19	19,0
Não	73	73,0
Crack <sup>(8)</sup>		
Sim	58	58,0
Não	37	37,0
Cigarro <sup>(9)</sup>		
Sim	37	37,0
Não	57	57,0
Álcool <sup>(10)</sup>		
Sim	47	47,0
Não	51	51,0

<sup>(1)</sup>IG: 34%; <sup>(2)</sup>IG: 22%; <sup>(3)</sup>IG: 16%; <sup>(4)</sup>IG: 24%; <sup>(5)</sup>IG: 8%; <sup>(6)</sup>IG: 6; <sup>(7)</sup>IG: 8%; <sup>(8)</sup>IG: 5%; <sup>(9)</sup>IG: 6%; <sup>(10)</sup>IG: 2%

Fonte: dados da pesquisa

Quando se analisa o perfil de acesso e utilização do CAPS AD, observa-se que a maioria dos usuários ingressou no serviço antes dos 20 anos de idade e permaneceu por tempo inferior a 6 meses. A maioria procurou atendimento espontaneamente e apenas 23% foram referenciados pela atenção básica. No momento da coleta de dados, a maioria dos usuários do serviço estava em situação de abandono do tratamento (60%) e apenas 22% dos pacientes estavam ativos (Tabela 1). Quanto ao tipo de substância utilizada, observou-se associação estatisticamente significativa entre o desfecho e situação conjugal, escolaridade e quando o usuário mora com a família. Houve maior quantidade de abandono entre os solteiros (25%), embora aqueles que moram sozinhos apresentem maior adesão ao tratamento (23%).

**Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários do CAPS-AD, Porto Alegre, RS (2006-2012)**

Variáveis	Ativo		Abandono		p
	N (22)	%	N (60)	%	
Sexo					0,937
Masculino	19	86,3	52	86,7	
Feminino	3	13,7	8	13,3	
Situação conjugal*					0,021
Solteiro	17	77,3	25	41,7	
Companheiro	1	4,5	15	25,0	
Situação ocupacional					0,843
Empregado	6	27,3	14	23,3	
Desempregado	6	27,3	14	23,3	
Outra	10	45,4	32	53,4	
Escolaridade**					0,041
Ensino Fundamental	16	72,7	33	55,0	
Ensino Médio	5	22,7	13	21,7	
Mora com quem?***					0,020
Familiares	16	72,7	42	70,0	
Sozinho	6	23,3	6	10,0	

\*Ignorado: 24 pessoas (29,3%); \*\* Ignorado: 15 pessoas (18,3%); \*\*\* Ignorado: 12 pessoas (14,6%)

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 3 mostra a associação entre dados de acesso e uso dos serviços e desfecho. Idade de ingresso no CAPS e tempo de acompanhamento estiveram associados ao desfecho ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 3: Características de acesso e uso do serviço, CAPS-AD, Porto Alegre, RS (2006-2012)**

Variáveis	Ativo		Abandono		p
	N (22)	%	N (60)	%	
Tempo acompanhamento*					0,000
< 6 meses	3	13,6	46	76,7	
≥ 6 meses	0	0	11	11,7	
Idade de início no CAPS**					0,043
< 20	13	59,1	36	60,0	
≥ 20	6	27,2	5	8,3	
Encaminhamento					0,112
UBS/ESF	6	27,3	16	26,7	
Emergência	0	0	3	5,0	
Espontânea	13	59,1	39	65,0	
Outro serviço	3	13,6	2	3,3	

\* Ignorado: 22 pessoas (26,8%); \*\* Ignorado: 22 pessoas (26,8%)

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 4 mostra o consumo de medicamentos e drogas de acordo com o desfecho. Usuários de crack apresentaram a maior taxa de abandono, seguidos pelos usuários de drogas lícitas (álcool e tabaco), embora associação estatisticamente positiva só tenha acontecido entre desfecho e uso de crack.

**Tabela 4: Uso de medicamentos e drogas pelos usuários do CAPS, Porto Alegre, RS (2006-2012)**

Variáveis	Ativo		Abandono		p
	N (22)	%	N (60)	%	
Uso de medicamentos <sup>(1)</sup>					0,165
Sim	14	63,6	22	36,7	
Não	7	31,8	32	53,3	
Maconha <sup>(2)</sup>					0,693
Sim	8	36,3	25	41,7	
Não	13	59,1	32	53,3	
Cocaína <sup>(3)</sup>					0,033
Sim	3	13,6	8	13,3	
Não	18	81,8	47	78,3	
Crack <sup>(4)</sup>					0,411
Sim	9	40,9	37	61,7	
Não	12	54,5	20	33,3	
Cigarro <sup>(5)</sup>					0,305
Sim	5	22,6	27	45,0	
Não	16	72,7	29	48,3	
Álcool <sup>(6)</sup>					0,659
Sim	9	41,0	28	46,7	
Não	12	54,5	29	48,3	

(1) IG: 7 (8,5%); (2)IG: 4 (4,9%); (3)IG: 6 (7,3%); (4)IG: 4 (4,9%); (5)IG: 5 (6,1%); (6)IG: 4 (4,9%)

Fonte: dados da pesquisa

## Discussão

O primeiro dado que deixou o grupo impactado refere-se à qualidade das informações que constavam nos prontuários. Embora se trate de uma amostra pequena e sistemática, que pode incorrer em algum tipo de vício de seleção, observou-se que, excluídos os dados relativos à idade e ao sexo, os demais apresentam um percentual muito elevado de não informados. Situação idêntica foi detectada em pesquisa nos prontuários dos usuários dos serviços de saúde mental de onze municípios da região metropolitana de Porto Alegre (DIAS, 2007), quando foram pesquisados os dados sociodemográficos e terapêuticos realizados no atendimento em saúde mental.

Desse modo, foram perdidos dados fundamentais para caracterizar os usuários, sendo, inclusive, a evolução raras vezes explicitada no prontuário, inferindo-se que há abandono porque o prontuário

passa para a categoria “inativo” quando o paciente não retornou para consulta após três meses da data aprazada. Outro dado em que o registro é difícil de avaliar refere-se ao tratamento que está sendo realizado, porque as anotações referem-se principalmente ao uso de fármacos, não sendo registradas outras atividades terapêuticas, como grupos e oficinas, assim como a atuação dos demais profissionais da equipe.

Ainda foi detectada grande dificuldade de obter informações dos prontuários em relação aos profissionais que realizam cada atendimento, tipo de atendimento e outros tipos de atividades desenvolvidas com cada usuário, pois a maioria dos registros é de atendimento clínico individual. Além disso, vários dados possuem informações discordantes em diferentes partes do documento.

Os usuários deste estudo apresentam um perfil que corresponde à literatura: jovens do sexo masculino, pobres, um quarto deles desempregados, moradores de área dominada pelo tráfico e de exclusão social (ANZANELLO et al., 2013; FARIA; SCHNEIDER, 2009; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; FIOCRUZ, 2013; HORTA et al., 2011; JORGE, 2010; KESSLER; PECHANSKY, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A maioria deles chegou ao serviço espontaneamente, ou seja, não tinham sido detectados pela rede básica ou outros serviços na comunidade.

Em relação às associações estatísticas, observamos que pessoas solteiras e que moram sozinhas aderem mais ao tratamento que as que vivem com familiares. Aqueles que começaram o tratamento com mais idade tem menor chance de abandono e a maioria das pessoas que não seguiram no CAPS o fizeram em menos de 6 meses, indicando possivelmente a dificuldade da formação de vínculo.

A substância mais usada foi o crack e pelos usuários mais jovens, o que corresponde ao perfil socioeconômico e demográfico desta população, já que o crack é a droga mais utilizada entre homens jovens, com baixa escolaridade, desempregados e pobres. Entre os usuários de crack, há mais chance de envolvimento com atividades criminais e de ter vivido na rua (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Outro analisador do serviço é a pequena quantidade de usuários em tratamento (22%) em relação aos 60% nos quais o registro era de abandono. Esta informação alerta para a alta rotatividade das pessoas, que pode ser pela dificuldade de aderir



ao tratamento que a dependência traz, mas também pela baixa adesão às ações planejadas pelo CAPS e pela precariedade do vínculo com o serviço. Esta questão deveria ser analisada de forma mais detalhada e possivelmente através de estudos com abordagem qualitativa.

### Conclusões

O objetivo inicial deste estudo foi caracterizar o perfil de uma amostra de usuários do CAPS AD do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre, portanto não se podem extrapolar os resultados para outros serviços. Porém, os resultados apontam para a necessidade de conhecer melhor tanto os usuários quanto o funcionamento institucional para que seja possível o planejamento de políticas e ações que consigam produzir melhores resultados no atendimento às necessidades destes sujeitos e desta população.

Consideramos que estudos como este, embora sejam restritos a uma amostra e não tenham abrangência populacional, trazem benefícios tanto aos serviços, que podem avaliar os dados periodicamente e reformular ações no sentido de melhorar o atendimento, quanto aos estudantes, que adquirem habilidades referentes ao processo investigativo em todas as suas etapas. Esperamos que estes resultados sensibilizem os trabalhadores de saúde e as redes de atenção básica (SCHNEIDER, 2009) para a busca ativa dos usuários do CAPS com o objetivo de reduzir as taxas de abandono.

### Referências

- ANZANELLO, J. et al. Percepção dos usuários de crack e seus familiares quanto ao acesso e serviços oferecidos em hospitais gerais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. esp., dez. 2013. Disponível em: [http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/lista\\_artigos.php](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/lista_artigos.php). Acesso em: 21 set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- DIAS, M.T.G. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2007. Disponível em: [http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=640](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=640). Acesso em: 25 nov. 2007.

DIAS, M.T.G. et al. *Análise da Situação de Saúde Mental/ Crack, Álcool e outras Drogas no Distrito Sanitário Glória/ Cruzeiro/ Cristal de Porto Alegre*. Porto Alegre: 2011. Projeto desenvolvido na UFRGS, Financiado pelo CNPq. Processo n.º 401599/2011-6, Linha de Fomento Apoio a Projetos de Pesquisa / Chamada CNPq / CAPES N º 07/2011.

DUAILIBI, L.B; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, suppl.4, p. 545-557, 2008.

FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O Perfil dos Usuários do CAPS/AD-Blumenau e as Políticas Públicas em Saúde Mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FIOCRUZ. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. In: *Livreto\_Epidemiologico\_17set*. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/190956069/Livreto-Epidemiologico-17set>. Acesso em: 21 set. 2013.

HORTA, R.L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, nov. 2011.

JORGE, A.C.R. *Analizando o perfil dos usuários de um CAPS-AD*. Porto Alegre, 2010.

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, n. 2, p. 96-8, 2008.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo – salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Biblioteca de la OMS, 2001.

SCHNEIDER, A.R.S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

## DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA/ CRUZEIRO/CRISTAL DE PORTO ALEGRE, RS

Simone Martins de Castro  
Rosemarie Gartner Tschiedel  
Maria Walderez la Salvia  
Luciana Pereira Regner  
Jéssica Hilário de Lima  
Elaine Rosner Silveira  
Mérope Bortolotto Dal Lago  
Viviane Mozzatto  
Ana Cláudia Fuhrmann  
Biana Vasconcellos Lauda  
Natália Ebeling  
Bárbara Melissa Pereira da Silva  
Gabriela Ferreira Pereira  
Monique Scapinello  
Giane Camargo  
Juliano Figueira da Silva  
Katiele Orso  
Danielle Santos Kroeff  
Luiza Soares Guterres Lima  
Grazielle Mota Rodrigues

O PET Saúde Articulação dos Serviços e Atenção Psicossocial realiza atividades que se desenvolvem em diferentes pontos de atenção da rede, como a atenção básica, os serviços especializados e o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), aproximando e fomentando o trabalho conjunto entre graduandos e trabalhadores e também entre os serviços da rede. A partir da década de 1990, com a finalidade de implementar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a importância da assistência integral ao indivíduo, tendo como foco principal o seu ambiente familiar, social e econômico,

assim como uma nova concepção do conceito de saúde, tida não somente como a mera ausência de doenças, mas englobando a qualidade de vida (VIANA; POZ, 1998). Também o MS, em parceria com o Ministério da Educação, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde), com o objetivo de aproximação entre a universidade e as políticas de atenção à saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como desenvolver ações indissociáveis de ensino-pesquisa-extensão, na perspectiva da integração dos cursos de graduação com o serviço e a comunidade, na intenção de promover uma formação acadêmica socialmente comprometida e cidadã.

A Atenção Primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade. Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, visando à substituição ao modelo assistencial curativista, centrado no hospital, na medicalização, no individualismo, na fragmentação por especialidades e na cura das doenças. Embora a Atenção Primária em Saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial, e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS.

Desde o início dos anos 2000, a Atenção Básica tem sido configurada “como eixo fundamental do cuidado e da reorganização da Rede de Atenção Psicossocial” (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013, p. 44). Através da ESF, prioriza-se a gestão do cuidado ao usuário, assistindo-o longitudinalmente e de forma integral. A integralidade, sendo uma das principais diretrizes de humanização do SUS, tem como base o trabalho em clínica ampliada (CUNHA, 2010), a qual fundamenta-se na articulação entre os enfoques biológico, psicológico e social. Deste modo, a saúde mental passa a ser entendida de forma mais ampla, compondo este sujeito integral e articulando-se interdependentemente com os demais aspectos do mesmo. A partir desta compreensão acerca dos sujeitos e seus processos de saúde e de adoecimento, a saúde é considerada como produção social, tendo em vista os aspectos socioeconômicos (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013), e a saúde mental não é mais entendida como algo fragmentado e destinado apenas a especialistas, mas uma questão que atravessa os processos



de saúde como um todo e, portanto, presente no cotidiano de trabalho da Atenção Básica e não apenas algo que concerne aos Serviços Especializados.

Neste contexto, os profissionais têm passado por importantes modificações em seus processos de trabalho. Este momento de reorientação das políticas de saúde evidencia tensões em seu processo de implantação, visto que coexistem antigos e novos modos de cuidado em saúde e que, embora se proponham diretrizes para um cuidado mais humanizado e integral ao usuário, a precariedade das condições do trabalho em saúde e a falta de dados quantitativos e qualitativos para embasar a organização das práticas aparecem como entraves neste processo. As propostas de coordenação do cuidado em saúde mental pela Atenção Básica e de linha de cuidado integral trazem grandes desafios aos profissionais da rede básica e também da rede especializada no sentido da articulação em rede e do cuidado longitudinal.

O usuário, quando entra na Unidade Básica em busca da resolução de um determinado problema de saúde e é inserido no atendimento, passa em primeiro lugar por uma avaliação do risco de adoecer ou mesmo por uma impressão diagnóstica. Após esta definição, o/os profissional/is imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Linha do cuidado só cuida de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro. É necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades. Lopes e Marcon (2012) ressaltam que os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar suas ações de acordo com as necessidades da comunidade. Com isso, importa que o indivíduo tornou-se o centro das ações, deixando de ser visto de forma fragmentada e especializada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores. Nesta perspectiva, é possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A epidemiologia da saúde mental na Atenção Básica tem sido discutida apenas recentemente tanto nas esferas de produção teórica quanto na prática profissional e na construção e

efetivação de diretrizes e políticas de atenção à saúde. Ademais, por ser recente a proposição de diretrizes do cuidado em saúde e por haver diversas epistemologias nas diferentes áreas de atuação neste campo, ainda coexistem diversos modos de pensar e agir sobre a saúde mental nos cenários acadêmicos, políticos e profissionais. Além disto, ainda há poucos dados e pesquisas sobre esta questão, e os profissionais que atuam na Atenção Básica ficam pouco assistidos para lidar com situações complexas que fazem parte de seu cotidiano de trabalho, e os usuários, muitas vezes, sem o acolhimento necessário para a gravidade das situações em que se encontram, ou até mesmo para situações simples de sofrimento psíquico. Neste sentido, Campos e Gama (2010) enfatizam a importância dos estudos epidemiológicos em saúde mental para a formulação e organização de políticas públicas e serviços voltados para a área. Relatam ainda, que há poucas pesquisas no Brasil que indiquem índices de prevalência de problemas em saúde mental. É nessa direção que destacamos uma vivência no PET que faz a articulação entre os serviços e a universidade, mas também entre a intervenção e a pesquisa. O estudo proposto e elaborado pelo grupo, “Demandas em Saúde Mental na Atenção Básica”, é, ao mesmo tempo, um espaço de acolhimento e de escuta e que tem acionado os fluxos da rede em saúde.

A integração das equipes da ESF na rede de atenção à saúde é condição essencial para que as equipes possam exercer seu papel de responsabilização sanitária mediante a população de um território-área. Mesmo que alguns estudos apontem para uma capacidade de resolubilidade da Atenção Primária de Saúde de cerca de 80-90% dos problemas de saúde, o fluxo dos usuários aos pontos de atenção dos outros níveis de atenção e ao sistema de apoio é imprescindível para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento, por parte da população, do papel integrador da ESF diante da rede de atenção à saúde (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011). A partir deste modo de pensar e operar a gestão da atenção em saúde, tem-se a consolidação da proposta de Equipes de Referência, que acompanham o usuário ao longo de sua vida em seus diversos aspectos, compondo, juntamente ao Apoio Matricial, a ampliação das possibilidades do trabalho clínico e sanitário, visto que a atenção especializada de forma isolada não abrange a integralidade do cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Esta equipe é a gestora da atenção, mas não a única responsável pela mesma, contando com a corresponsabilidade do trabalho

em rede para a construção conjunta de uma Linha de Cuidado Integral, conforme estabelecido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Ainda como princípio desta conferência, há a indicação do acolhimento como diretriz nos serviços de saúde, destacando as questões de saúde mental.

Desta forma, pesquisas que contribuem para o levantamento de demandas em saúde mental na Atenção Básica, tendo em vista uma perspectiva ampliada de saúde mental e dos fluxos da rede no acompanhamento destes usuários, são importantes tanto para auxiliar as UBSs e USFs a ter documentada e melhor esclarecida esta demanda quanto para ajudar a rede de serviços a se organizar em sua construção.

A relevância desse projeto reside nas contribuições que o mesmo fornecerá para auxiliar a rede de cuidado em saúde do distrito a ser pesquisado a identificar quantitativa e qualitativamente algumas das demandas em saúde mental que chegam à Atenção Básica. Através do processo de pesquisa e do retorno dos resultados à rede de serviços, pretende-se auxiliar a mesma em suas articulações e processo de construção de uma linha de cuidado integrada para qualificação da atenção em saúde mental aos usuários do distrito.

## Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: Conass, 2011. 223 p. Coleção para Entender a Gestão do SUS.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.) *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2010.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.) *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 39-59.

LOPES, M. C. L. ; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum-Health Sciences*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan./Jun. 2012.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, R. S. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. *Interface-Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. The reorganization of the Brazilian health system, and the Family Health Program. *Physis*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>>. Acesso em: 11 ago. 2014.



ATUALIZAR E AVALIAR:  
ESSENCIAL NO  
ENSINO-SERVIÇO

# EXISTE UM BOM MOMENTO PARA FAZER UMA ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO?

Isabel Cristina Hentges  
Ana Luísa Petersen Cogo

## Introdução

A pergunta apresentada no título deste artigo expressa um dos desafios na formação e na atualização dos profissionais de saúde da Atenção Básica. O desenvolvimento das atividades assistenciais de forma integrada com as de aperfeiçoamento, em uma realidade muitas vezes constituída por falta de profissionais e uma elevada demanda de atendimentos, fazem com que sejam propostas alternativas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2009). Na Atenção Básica, a busca pela qualificação dos profissionais de saúde se dá a partir da educação permanente, visando a melhoria das práticas de cuidado prestado aos usuários do sistema de saúde, sendo esta realizada preferencialmente no cotidiano de trabalho e a partir das necessidades evidenciadas pelas equipes (RANGEL-S et al., 2012).

Como alternativa para o aperfeiçoamento no próprio ambiente de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica, podem ser propostas atividades educativas utilizando recursos de mídias digitais, como, por exemplo, a educação a distância (EaD) com métodos ativos de aprendizagem. A utilização da educação a distância como estratégia para desenvolver atividades de aperfeiçoamento com profissionais da rede básica no Brasil



demonstrou ser exitosa em diferentes contextos (GARCIA; BAPTISTA, 2007; PAIM; ALVES; RAMOS, 2009; FARIA; DAVID, 2010). Esses possibilitam a permanência do profissional no local de trabalho realizando as atividades colaborativas, tanto síncronas como assíncronas, integrando a equipe.

Frente ao exposto, propôs-se uma intervenção educativa na modalidade à distância com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) no município de Porto Alegre, com o objetivo de contextualizar as práticas dos profissionais, discutindo os referenciais teóricos sobre o tema acolhimento. Acredita-se que há fragilidades na formação profissional, especialmente no que se refere ao conhecimento sobre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre essas a implementação do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde.

Esta intervenção foi desenvolvida como parte integrante de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste artigo pretende-se apresentar a estruturação da intervenção educativa sobre acolhimento e propor uma reflexão a partir da avaliação desta atividade.

### A intervenção educativa na modalidade a distância

“O Acolhimento na Atenção Básica: uma prática constitutiva das ações em saúde” foi a intervenção proposta para uma ESF conveniada à responsabilidade social do Hospital Moinhos de Vento, que conta com acesso à internet e equipamento de informática no ambiente de trabalho. A pesquisadora, em dezembro de 2012, conversou com os profissionais, consultando-os se aceitariam participar desta atividade sobre o acolhimento, e a mesma foi considerada adequada por eles. Cabe ressaltar que esta ESF se formou naquele mesmo ano e que, após essa consulta, ingressaram novos componentes e outros se afastaram.

Dos 21 profissionais de saúde desta ESF, 17 participaram da intervenção educativa por estarem em efetiva atividade no período de realização, que foi de outubro a dezembro de 2013, recebendo horas-treinamento. A equipe executora contou com duas pesquisadoras (mestranda e professora orientadora) e duas estudantes de graduação, uma de Enfermagem (apoio nas atividades presenciais e no *Moodle*) e outra de Publicidade e Propaganda (apoio no desenvolvimento dos vídeos).

A atividade teve a carga-horária total de 12,5 horas, com a realização de 2,5 horas semanais, dividindo-se em três módulos: “Aprendendo a Trabalhar com o *Moodle*”, “Acolhimento na

Atenção Básica” e “Como Colocar em Prática o Acolhimento?”. No primeiro dia, uma das pesquisadoras e a estudante de graduação foram à ESF apresentar como seria desenvolvido o curso e orientar sobre o funcionamento do ambiente virtual. Outros momentos presenciais ocorreram para esclarecer dúvidas e avaliar o desenvolvimento das atividades, propondo alternativas para o acesso ao material, como, por exemplo, disponibilizar os vídeos nos computadores (a instituição bloqueia o *YouTube*). O cronograma foi readequado, ampliado em mais uma semana por solicitação dos profissionais.

As atividades e os recursos disponibilizados foram fóruns para discussão, materiais para consulta, como textos e vídeos, envio de atividade escrita e construção de estudo de caso em grupo. Foi planejado iniciarem por atividades individuais e progressivamente constituir grupos de trabalho, até o último módulo, em que haveria a elaboração de um caso que envolvesse o acolhimento para ser discutido entre todos os participantes.

Por se tratar de uma intervenção inserida em projeto de pesquisa, o mesmo foi submetido aos Comitês de Ética da Universidade e da Instituição de Saúde na qual foi realizado o estudo, sendo aprovado com CAAE 12552613.6.0000.5347, observando as recomendações da Resolução 466/2012 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

### O desenvolvimento da intervenção educativa sobre acolhimento

Dos participantes da atividade sobre o acolhimento, 13 (76,47%) responderam o formulário disponibilizado no *Moodle*, caracterizando-se como predominantemente do sexo feminino (84,2%), na faixa etária dos 31 aos 40 anos (53,84%), com ensino médio completo (69,24%), com tempo de trabalho na atenção básica inferior a 2 anos (69,24%), sem terem realizado previamente atividades EaD (53,85%) e informando ter conhecimento de informática em nível básico (61,54%). Deve-se destacar que, mesmo a ESF estando em funcionamento há 1 ano e 5 meses no momento de realização da intervenção educativa, os profissionais já realizavam capacitações institucionais no formato de instrução programada *online*, além de terem que efetuar vários registros em sistemas informatizados. Outro estudo, realizado com profissionais de ESF no Estado do Ceará que participaram de atividades na modalidade EaD, também indicava um baixo conhecimento de informática (THOMAZ; MOLEN, 2011).

As atividades do primeiro módulo, como leituras e visualização de vídeos sobre o tema, foram pouco acessadas, mas o exercício proposto foi concluído por grande parte dos participantes no prazo estipulado. O segundo módulo propunha a construção coletiva de estudos de caso a partir da leitura de artigos de profissionais que atuavam em ESFs. As dificuldades foram a interação no grupo e a finalização das atividades no prazo previsto. A alternativa para que os profissionais realizassem as leituras foi a impressão dos artigos, e propôs-se que a construção do caso fosse feita presencialmente. Mesmo assim, um dos grupos só conseguiu postar o caso três semanas após a data combinada e, neste mesmo período, alguns participantes permaneceram dias sem acessar o ambiente virtual.

Mensagens foram enviadas individualmente pelo tutor, a fim de estimular a participação nas atividades. Também com a intenção de promover a participação, propôs-se à equipe uma escala para acesso ao ambiente virtual durante a jornada de trabalho, mas esta foi considerada desnecessária. No módulo três, a última atividade foi concluída por 11 participantes, no entanto o fórum foi acessado 105 vezes, ou seja, as postagens foram lidas pelo grupo. É importante que nas atividades EAD haja um acompanhamento atento e que sejam realizadas reformulações nas combinações iniciais para que os participantes consigam concluir as atividades (RANGEL-S et al., 2012).

A dificuldade de participação na intervenção educativa proposta pode ser analisada por diferentes aspectos. Primeiramente, não houve uma compatibilidade entre as atividades de atendimento na ESF e a participação na intervenção educativa. Os participantes avaliaram como positiva a flexibilidade para a realização das atividades no ambiente virtual, as quais podiam ser organizadas de acordo com a rotina de trabalho e de forma individualizada. No entanto, a falta de tempo durante a jornada de trabalho foi citada de forma unânime como sendo o fator que prejudicou a finalização das atividades de acordo com o cronograma. Não somente os atendimentos na unidade de saúde foram o motivo para a dificuldade de participação, como também outras atividades educativas presenciais que ocorreram no mesmo período.

A intervenção educativa sobre acolhimento foi aprovada pela instituição como “horas-treinamento”, no entanto a falta de gerenciamento dos coordenadores desta ESF e mesmo dos participantes leva à reflexão sobre a dificuldade dos profissionais de saúde de vivenciarem novas experiências, como a EaD, e a de serem ativos neste processo. Os participantes referiram a

importância da atualização profissional, mas consideraram que o método ativo de aprendizagem, com construção de caso clínico e debates, exigia muita dedicação, destacando que preferiam metodologias de ensino instrucionais.

É interessante observar que há relatos em outros estudos sobre a dificuldade de finalizar o curso EaD, devido à participação concomitante em outro tipo de modalidade de ensino, e que os profissionais se dedicam mais às atividades presenciais (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010). Os motivos que dificultaram a participação dos profissionais da ESF na atividade foram múltiplos, incluindo a metodologia EaD, que exigia interação e atividade neste processo, associada à falta de um planejamento para terem disponibilidade em participar.

Os participantes destacaram a oportunidade de conhecer a opinião de colegas da equipe nos fóruns desta intervenção, principalmente daqueles que não se posicionavam na reunião de equipe. A interação no ambiente virtual possibilita a troca entre os participantes, envolvendo a colaboração e a cooperação (BEHAR, 2013), o que contribui com o trabalho coletivo desta ESF.

### Considerações finais

A realização da intervenção educativa sobre o tema acolhimento demonstrou a necessidade de articular a inserção da educação em serviço com a jornada de trabalho na ESF. O fato de ser apresentada uma modalidade de ensino nova para a maioria dos profissionais, principalmente propondo métodos ativos de aprendizagem, exigiu uma dedicação diferenciada dos mesmos, o que influenciou na efetiva participação do grupo. Da mesma forma, não se tinha a pretensão de desenvolver habilidades de informática, mas observou-se que os profissionais com dificuldades se esforçaram em utilizar o *Moodle* e os recursos disponibilizados.

Acredita-se que sejam fundamentais as propostas de ações educativas colaborativas que possibilitem aos profissionais em saúde conhecerem melhor seus colegas de equipe e que oportunizem a leitura e a reflexão crítica de materiais com aplicabilidade na realidade que vivenciam profissionalmente. Além disso, é importante disponibilizar métodos de ensino distintos, sejam presenciais ou à distância, mas que possibilitem um avanço em relação às metodologias receptivas e de instruções programadas. Esta intervenção educativa oportunizou que profissionais silenciosos nas reuniões expressassem sua opinião, o que deve fazer repensar a forma como as mesmas são desenvolvidas.



As recomendações a serem feitas fundamentam-se nas limitações que a execução desta atividade teve, ou seja, o aceite dos profissionais da ESF e a autorização da instituição em desenvolvê-la não são garantias de sucesso. O envolvimento da equipe deveria ter sido mais intenso no planejamento, indo além da consulta de interesse na temática ou em vivenciar um ambiente virtual de aprendizagem. Este movimento não será fácil, pois a ruptura de antigos modelos de ensino expositivo-receptivos e a integração da atividade de atualização na agenda do cotidiano do trabalho são propostas a serem articuladas.

### Referências

- BEHAR, P.A. *Competências em educação a distância*. Porto Alegre: Penso, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.
- BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2009.
- FARIA, M.G.A.; DAVID, H.M.S. Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do projeto telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro. *Cogitare Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 667-673, 2010.
- GARCIA, R.M.; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 70-78, 2007.
- LAGUARDIA, J.; CASANOVA, A.; MACHADO, R. A experiência de aprendizagem on-line em um curso de qualificação profissional em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-122, 2010.
- PAIM, M.C.; ALVES, V.S.; RAMOS, A.S. Projeto EAD/SUS Bahia: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 1, p. 104-112, 2009.

RANGEL-S, M.L. et al. Redes de Aprendizagem colaborativa: contribuição da educação a distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 545-555, 2012.

TOMAZ, J.B.C.; MOLEN, H.T.V.D. Compreendendo os profissionais de saúde da família como potenciais estudantes na educação a distância. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 201-208, 2011.

# AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cláudia Sartori  
Andressa Martins Valim  
Fernando Ritter  
Vinícius Antério Graff  
Cristine Maria Warmling

## Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) juntamente com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) são políticas governamentais de âmbito nacional que promovem ações de aproximação entre a formação que ocorre em Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do ano de 2008, firmaram uma parceria institucional com o objetivo de desenvolver o PET-Saúde/UFRGS. Para isso foi construído um projeto que, desde então, vem sendo desenvolvido e ampliado. O Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) do município constitui-se como um dos cenários de referência para a realização de experiências de integração ensino-serviço. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. FACULDADE DE ODONTOLOGIA. DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL, 2011).

Este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada por monitores da odontologia do PET-Saúde da UFRGS que atuaram, entre o ano de 2009 e 2011, na Unidade de Saúde da Família do bairro Jardim Cascata pertencente à área de abrangência do DGCC.

As atividades realizadas no percurso de desenvolvimento dessa pesquisa tomaram a saúde bucal coletiva como marco conceitual da *práxis*. Foram realizadas, desde o diversificado atendimento clínico em saúde bucal na atenção primária, tal como restaurações, extrações, raspagens, primeira consulta, consultas de retorno, entre outros, até atividades de promoção e prevenção de saúde, tais como grupos de educação em saúde tanto na unidade quanto em espaços comunitários (com escolares, idosos, gestantes, respiradores bucais e adolescentes), visitas domiciliares, acolhimento, programas voltados para a atenção às crianças, feiras de saúde, campanhas de vacinação, etc.

As práticas descritas resultaram de um processo de trabalho de periodicidade semanal (oito horas semanais), sempre com a supervisão do preceptor (cirurgião-dentista do SUS) e coordenação da tutora (docente da UFRGS). Houve encontros mensais com os demais monitores e preceptores do núcleo da odontologia e tutora, permitindo a troca viva de experiências e a produção de conhecimento, instigados pela problematização, elaboração de projetos e apresentação de trabalhos em eventos científicos.

Também foram favorecidas as reflexões sobre a iniciação científica, ampliando o espectro das discussões meramente acadêmicas de maneira a abranger questões sociais, éticas e profissionais. Este contexto de atividades proporcionadas pelo PET-Saúde/UFRGS vai ao encontro das diretrizes atuais das políticas públicas no campo do ensino da odontologia que propõem a formação de um cirurgião dentista com *capacidade de compreender e resolver os problemas de saúde bucal da população* (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. CNE, 2002).

A incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de fortalecer os esforços de universalização da atenção odontológica (ALMEIDA; FERREIRA, 2008). Um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é acompanhar o impacto das ações de saúde bucal utilizando indicadores adequados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2004).

Indicadores da saúde bucal constituem-se em potentes instrumentos para o processo de acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde bucal, considerando-se



o contexto em que são produzidos. O Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu, em 2006, para a área de saúde bucal, dois indicadores principais (cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e dois indicadores complementares (média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais). Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

O processo de monitoramento e avaliação da atenção à saúde bucal, através da utilização dos indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, proporciona aos envolvidos na produção do cuidado odontológico a oportunidade de realizar uma reflexão crítica acerca do modelo assistencial das ações desenvolvidas e do processo de trabalho. Mas, para isso, é importante que os profissionais de saúde bucal realizem o registro diário correto de todos os procedimentos e atividades realizadas, com o objetivo de se manter uma base em informações contínuas, de qualidade e confiáveis.

O presente texto possui o objetivo principal de avaliar e comparar os indicadores de saúde bucal, produzidos entre os anos de 2008 e 2010, na Unidade de Saúde da Família Jardim Cascata, pertencente ao Distrito Docente Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, RS.

### Metodologia

Compõe-se de um estudo descritivo transversal de uma série temporal. Realizou-se um estudo de avaliação dos dados secundários da série histórica de práticas de saúde bucal efetuadas no período de 2008 a 2010 na ESF Jardim Cascata, do município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

Os dados secundários foram obtidos nos boletins mensais de produção odontológica do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Todas as informações adquiridas foram compiladas em um banco de dados do programa Microsoft Office Excel e analisadas através da construção dos indicadores de saúde, taxas e coberturas a cada ano da série histórica. Foram calculadas as médias anuais dos indicadores de saúde bucal de cobertura de primeira consulta odontológica

programática, média de procedimentos odontológicos básicos individuais, proporção de exodontias e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Segundo a Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006, a cobertura de *primeira consulta odontológica programática* deve ser calculada pela divisão entre o número total de primeiras consultas realizadas na unidade em determinado ano pela população total de abrangência da ESF e multiplicados por cem.

Significa o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A média de *procedimentos odontológicos básicos individuais* é obtida através da razão do número de procedimentos odontológicos básicos individuais pelo total da população de abrangência da equipe a Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O percentual de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada calcula-se por meio da razão do número de pessoas que participaram de ações coletivas pelo total da população e multiplicado por cem. *Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa.* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A *proporção de exodontias* em relação às ações odontológicas básicas individuais é um valor obtido por meio da divisão do número de exodontias realizadas no ano pelo número de procedimentos odontológicos básicos individuais no mesmo período e multiplicado por cem. Este é um indicador complementar que permite avaliar qual a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação ao total de procedimentos clínicos realizados, que devem ser prioritariamente restauradores, conservadores e preventivos.

A partir da finalização da construção dos indicadores, as análises foram realizadas através da comparação das médias anuais obtidas ano a ano (2008, 2009 e 2010) na Estratégia de

Saúde da Família Jardim Cascata, com os valores alcançados nos mesmos períodos no país, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre.

## Resultados

Verifica-se que o indicador de primeira consulta odontológica programática superou os números de Porto Alegre em todo período analisado, mas se mostrou abaixo dos valores alcançados no estado e no Brasil, demonstrando necessidade de ampliação do acesso. Entretanto, os resultados devem ser analisados com cautela, pois a justificativa pode estar na elevada carga de doença, que diminui os tratamentos concluídos e dificulta o acesso, ou pela equipe de saúde bucal ser referência para um número elevado de pessoas no território de abrangência (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica segundo localização, nos anos de 2008 a 2010**

Área de Abrangência	2008	2009	2010
Brasil	14,4%	14,3%	13,8%
Rio Grande do Sul	9,4%	12,0%	10,3%
Porto Alegre	5,2%	5,6%	3,8%
USF Jardim Cascata	5,8%	7,9%	4,7%
Fonte: Pesquisa realizada			

A cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada esteve acima dos valores do município em toda a série histórica, todavia mostrou valores inferiores aos do Estado e do País, indicando que a equipe de saúde bucal precisa mostrar-se mais ativa nas ações de prevenção odontológica, principalmente no que diz respeito às escovações dentais supervisionadas, que poderiam reduzir, no futuro, a necessidade de procedimentos restauradores e de exodontias, poupando tempo e recursos públicos, ou seja, impactaria numa redução dos procedimentos invasivos (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos indicadores de cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada segundo localização, nos anos de 2008 a 2011**

Área de Abrangência	2008	2009	2010	2011
Brasil	4,8%	4,6%	4,7%	2,7%
Rio Grande do Sul	1,2%	1,8%	2,8%	3,2%
Porto Alegre	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%
USF Jardim Cascata	1,2%	1,5%	0,4%	0,9%
Fonte: Pesquisa realizada				

A proporção do número de exodontias em relação às ações odontológicas individuais, a partir de 2009, se mostra abaixo dos valores estadual e nacional. Ao longo do período analisado, houve uma redução da proporção de exodontias, porém o interessante é que, apesar da ESF ter diminuído o valor do indicador de proporção de exodontias em relação aos procedimentos individuais básicos, essa “evolução” se dá, em parte, com o aumento de outros procedimentos e não somente pela redução no número de extrações indicadas, o que demonstra certa fragilidade do indicador e também no modelo de assistência que está sendo praticado (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição dos indicadores de proporção de exodontias em relação ao número de ações odontológicas individuais, segundo localização, nos anos de 2008 a 2010**

Área de Abrangência	2008	2009	2010
Brasil	14,4%	14,3%	13,8%
Rio Grande do Sul	9,4%	12,0%	10,3%
Porto Alegre	5,2%	12,0%	10,3%
USF Jardim Cascata	14,0%	7,0%	5,2%
Fonte: Pesquisa realizada			

A média de procedimentos básicos individuais do Jardim Cascata, no ano de 2008, foi inferior a de Porto Alegre. Em 2009 e 2010, o valor aumentou, ficando acima do encontrado em Porto Alegre, que apresentou uma redução importante do indicador (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição do indicador média de procedimentos odontológicos básicos individuais por habitante segundo localização, nos anos de 2008 a 2011**

Área de Abrangência	2008	2009	2010
Brasil	73,0	73,1	74,0
Rio Grande do Sul	54,0	57,5	65,5
Porto Alegre	52,9	11,3	22,5
USF Jardim Cascata	30,0	60,0	49,5
Fonte: Pesquisa realizada			

## Discussão

Considerando que um sistema de saúde deva estar voltado para a resolução das necessidades da população e que garanta saúde, considerando os princípios de equidade e integralidade, os resultados do estudo apontam para a necessidade de se repensar as ações e serviços em saúde desenvolvidos na unidade de saúde estudada.

Primeiramente, é necessário destacar a importância do adequado preenchimento dos boletins de produção odontológica. Os profissionais devem ser orientados e conscientizados a fim



de que sejam produzidos dados coerentes com a realidade da população e para que possam ser estabelecidos planos de ação e metas visando à melhoria dos resultados em saúde.

Alguns equívocos podem ocorrer com relação aos dados fornecidos sobre a primeira consulta odontológica programada, portanto é importante uma análise cautelosa desse indicador. Isso é necessário já que os atendimentos de urgências e emergências não implicam na continuidade do tratamento odontológico e não podem ser registrados com o código referente à primeira consulta. Todavia, sabemos que muitas vezes, preocupados com a questão das metas de produtividade a serem alcançadas, tal fato pode acabar ocorrendo.

A primeira consulta programática possui suma importância na avaliação da potencialidade de produção de saúde de um serviço odontológico tendo em vista que é nesse momento que o usuário será diagnosticado e será estabelecido um plano de tratamento de acordo com suas necessidades. Dessa forma, a saúde pode ser atendida de forma integral através do tratamento continuado.

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e isso abrange aspectos de ordem econômica, cultural e funcional da oferta de serviços. Portanto, não é somente através do indicador de primeira consulta que mediremos o acesso. Fatores como transporte, moradia, escolaridade, educação, emprego e renda também estão envolvidos na avaliação do acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso com medidas que possam intervir para a melhoria desses variados aspectos.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento parte de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo importante para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar e orientar (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A cobertura de escovação supervisionada deve priorizar crianças em idade pré-escolar e escolar, pois é nessa faixa etária que se observa o maior impacto de medidas educativas e preventivas. Também é importante intervir nessa idade por se tratar da fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos de acordo com a realidade local.

A promoção de saúde é uma área de importante interface entre o setor saúde e a sociedade, abordando estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde por meio de mudanças nos padrões e modos de vida da população. Promover saúde bucal, por exemplo, não é trabalhar as questões de higiene oral, mas principalmente interferir política e socialmente nos estilos de vida da população atendida. Contudo, permanece a dificuldade de desenvolver práticas coerentes de promoção de saúde que se encontram ainda dispersas e desarticuladas. Estas práticas devem incidir sobre as condições de vida da população, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

É importante destacar o trabalho em grupos realizado pela ESF Jardim Cascata. São eleitas as prioridades em atenção à saúde e criados grupos como o de atenção ao idoso, às gestantes, às crianças, aos fumantes, entre outros. Por exemplo, ao trabalhar com o grupo de fumantes, visto que o tabaco é fator de risco para várias doenças, profissionais de diferentes áreas da saúde podem interagir, realizando um trabalho interdisciplinar a fim de abordar e garantir saúde de maneira integral.

Muitas vezes, a exodontia é a única opção de tratamento odontológico, o que evidencia um estágio avançado de doença bucal. Vale lembrar que o indicador que descreve a proporção de exodontia é obtido pela razão entre procedimentos de exodontias e os procedimentos básicos individuais. Diante disso, podemos obter um resultado não muito preciso, visto que a realização de um baixo número de procedimentos acarreta no elevado número de exodontias, ou vice-versa. Talvez fosse necessário, para avaliar o número de exodontias realizadas, um indicador que simplesmente contabilizasse tal número.

Tratando-se de extrações dentárias, forte associação pode ser estabelecida com a reabilitação protética, afinal, são dentes que precisam ser substituídos. Com a implantação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da PNSB, visando ampliar o número de laboratórios e a oferta de

próteses dentárias, além de aumentar e mudar a forma do repasse financeiro federal para este fim. Tal fato pode acarretar em um maior número de exodontias, visto que se torna mais acessível para o usuário a substituição do dente perdido. Para evitar e acompanhar essa situação corretamente, a PNSB preconiza que as próteses totais também sejam realizadas na própria unidade de atenção básica.

Os gestores municipais e estaduais devem estar atentos às políticas nacionais. Estas novas portarias têm como principal objetivo consolidar a atenção secundária à saúde bucal.

Se houvesse mais ações de prevenção, no sentido de conscientizar a população sobre importância da higiene oral, do acompanhamento de um profissional de saúde, e da manutenção dos dentes hígidos em boca, talvez fossem reduzidas as indicações de exodontia. O comportamento deste indicador também pode revelar a falta de acesso da população aos serviços de odontologia, gerando uma demanda reprimida de exodontias.

O indicador que apresenta a média de procedimentos básicos individuais é considerado bom pelo Ministério da Saúde quando apresenta seus valores aumentados. Isto significa que quanto mais procedimentos realizados, mais usuários estão possuindo acesso e resolutividade dos problemas. Pode significar também um maior serviço odontológico restaurador prestado pela equipe de saúde bucal. Contudo, também pode-se avaliar que se tivesse sido prestado um adequado serviço no sentido de promover e prevenir determinadas doenças, a necessidade de resolução de problemas seria reduzida. Portanto, consideramos que este indicador merece ser avaliado com cautela, lembrando da necessidade de reconhecer, incentivar e valorizar os projetos de promoção e prevenção realizados pelos profissionais da saúde. Desse modo, pode-se garantir melhor qualidade de vida à população, não permitindo que haja sobrecarga nos atendimentos para resolução de problemas no seu estágio mais avançado.

## Conclusão

Embora a Equipe de Saúde Bucal da ESF Jardim Cascata tenha mostrado melhores resultados se comparada ao município de Porto Alegre, ainda existem desafios importantes na atenção em saúde bucal nesta unidade. Além disso, são necessários mais estudos locais para determinar as reais causas desta situação.

A análise dos indicadores da atenção básica em saúde bucal no período analisado permitiu concluir que a assistência oferecida à população adstrita ainda está aquém do idealizado pelo SUS e pela PNSB.

A ampliação e facilitação do acesso mostram-se importantes a fim de aumentar a resposta às necessidades desde a atenção básica até as de maior complexidade.

Um indicador que merece atenção, tanto dos gestores quanto da Equipe de Saúde Bucal, é a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Afinal, esse tipo de ação é uma das melhores formas de prevenir procedimentos curativos no seu estágio mais avançado.

Destaca-se que os profissionais da saúde devem estar conscientes da importância do preenchimento correto dos procedimentos realizados, para que não haja produção de dados inconsistentes e construção de indicadores não correspondentes à realidade dos serviços. Não apenas no caso da ESF do Jardim Cascata, mas é importante que as equipes das unidades básicas de saúde se preocupem em coletar e arquivar corretamente as informações sobre os procedimentos e atividades realizadas a fim de adquirir uma base de dados secundários coerentes com a realidade local. Dessa forma, pode-se ter a elaboração de indicadores além daqueles pactuados pelo Ministério da Saúde para monitorar e avaliar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde e, desse modo, criar planos e estratégias que possibilitem intervenções conscientes, visando melhorar a assistência à saúde.

## Referências

- ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 2131-2140, set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de mar. de 2002. Seção 1, p. 10.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.802*, 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília: MS, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html). Acesso em: 20 set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 493/GM. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados junto aos municípios, estado e Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 2006.



BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - n.º 17*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, 2004.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, MinasGerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Betim, v.1, n.15, p. 345-53, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Preventiva e Social. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE Universidade Federal do Rio Grande do Sul Secretaria Municipal de Saúde – Porto Alegre 2010 – 2011*. Porto Alegre, 2010.

## SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

### **Adriana Alves Novakowski**

Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: adri.alves.1974@hotmail.com

### **Adriane Vieira**

Doutora em Ciências do Movimento Humano/UFRGS, Professora do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva – GEFISC/UFRGS. Email: adriane.vieira@gmail.com

### **Alcindo Antônio Ferla**

Doutor em Educação, Professor do Curso de Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGCOL/UFRGS, Coordenador da CoorSaúde/UFRGS. Email: ferlaalcindo@gmail.com

### **Alexandre Simões Dias**

Doutor em Ciências Biológicas, Professor do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano – PPGCMH/ESEF/UFRGS. Email: simoesdias@ufrgs.br

### **Aline Dutra**

Enfermeira e Coordenadora Geral das Equipes de Saúde da Família Santa Marta, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: alinec.dutra@hotmail.com

### **Aline Monique Hessel**

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: alihessel@ig.com.br

### **Alzira Maria Baptista Lewgoy**

Doutora em Serviço Social, Professora do Curso de Serviço Social/UFRGS. Email: lewgoy@terra.com.br

### **Amanda Lisbôa Marques da Silva**

Fonoaudióloga, Ex-monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: amandalisboaa@gmail.com

### **Ana Cláudia Fuhrmann**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: ana\_fuhrmann@hotmail.com

### **Ana Luísa Petersen Cogo**

Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS, Membro Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias – GEPEETec/UFRGS. Email: analuisa@enf.ufrgs.br

### **Ana Maria Jaeger Sant'Anna**

Enfermeira, Gerente Distrital Centro, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: anamariajs@sms.prefpoa.com.br

**Ana Paula Gossmann Bortoletti**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: ana.bortoletti@gmail.com

**Andressa Martins Valim**

Acadêmica do Curso de Odontologia/UFRGS, Ex-monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: dessavalim@hotmail.com

**Angela Ghisleni**

Doutora em Sociologia UFRGS, Professora do Curso de Fisioterapia da UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva - GEFISC/UFRGS. Email: angela.ghisleni@ufrgs.br

**Ângela Maria Antunes Nunes**

Doutora em Odontologia, Acadêmica de Pós-doutorado/UFRGS, Professora aposentada da Universidade de Pelotas - UFPEL/RS, Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde/UFRGS. Email: angelaanunes@hotmail.com

**Arthur Alves de Teixeira**

Enfermeiro, Residente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. Email: aateixeira@hcpa.ufrgs.br

**Bárbara Melissa Pereira da Silva**

Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: barbara-melissa@hotmail.com

**Biana Vasconcellos Lauda**

Acadêmica do Curso de Psicologia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: bianalauda@yahoo.com.br

**Bruna Caon Gentil**

Fonoaudióloga, Acadêmica do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS, Monitora do PET Vigilância em Saúde/UFRGS. Email: brunacaongentil@gmail.com

**Camila Spido da Silva**

Acadêmica do Curso de Nutrição/UFRGS, Monitora do PET Vigilância em Saúde/UFRGS. Email: camila.spido@hotmail.com

**Carmen Maria Tomazelli Lunardi**

Enfermeira da UBS Primeiro de Maio, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: carmen.lunardi@sms.prefpoa.com.br

**Caroline Almeida dos Santos**

Acadêmica do Curso de Agronomia/UFRGS, Bolsista PRAE/UFRGS. Email: caroline\_ads@yahoo.com.br

**Catia Rubinstein Selistre**

Cirurgiã-dentista, Mestre em Odontologia/UFRGS, Sanitarista ESP/RS, Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Santa Marta, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: catias@sms.prefpoa.com.br

**Celita Rosa Bonatto**

Enfermeira, Especialista em Estomaterapia, Coordenadora do Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: celitarb@sms.prefpoa.com.br

**Cintia Ferreira**

Enfermeira. Email: cintia.ferreira@sms.prefpoa.com.br

**Cintia Ferreira**

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Cristal, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: cintia.ferreira@sms.prefpoa.com.br

**Cláudia Candotti**

Doutora em Ciências do Movimento Humano/UFRGS, Docente do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva - GEFISC/UFRGS. E-mail: claudia.candotti@ufrgs.br

**Cláudia Sartori**

Acadêmica do Curso de Odontologia/UFRGS, Ex-monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: kcau\_sartori@hotmail.com

**Claudiane Ochoa**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS.

**Cristianne Maria Famer Rocha**

Doutora em Educação, Professora do Curso de Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS, Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGCOL/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS. Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

**Cristina Melendo Beck**

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: cristinabck@hotmail.com

**Cristine Maria Warmling**

Doutora em Educação, Professora do Curso de Odontologia/UFRGS. Email: cristinewarmling@yahoo.com.br

**Danielle Santos Kroeff**

Acadêmica do Curso de Serviço Social, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: danidsk@hotmail.com

**Deborah Dias Garcia**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: deborah.dgarcia@hotmail.com

**Deise Cardoso Nunes**

Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Secretária Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: deisecardosonunes@yahoo.com.br



**Denise Tolfo Silveira**

Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS. Email: dtolfo@enf.ufrgs.br

**Douglas Marcos Pereira de Paula**

Acadêmico de Gestão de Serviços de Saúde/UFGM. E-mail: doogeee@gmail.com

**Elaine Rosner Silveira**

Psicóloga da Equipe de Saúde Mental e Matriciamento da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: elainesilveira@sms.prefpoa.com.br

**Érica Rosalba Mallmann Duarte**

Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS. E-mail: ermd@terra.com.br

**Érika da Rosa dos Santos**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: erikasantos.enf@gmail.com

**Estela Maris Gruske Junges**

Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS, Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde/UFRGS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Email: estelamgjunges@gmail.com

**Evelyne Duarte**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: vevezinhaduarte@gmail.com

**Fabiano Brufatto Lopes**

Acadêmico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS, Monitor do PET Vigilância em Saúde/UFRGS. Email: fabiano.brufatto@ufrgs.br

**Fernando Ritter**

Cirurgião-Dentista, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Ex-preceptor do PET-Saúde/UFRGS.

**Gabriela Ferreira Pereira**

Acadêmica do Curso de Psicologia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: gabifpereira@gmail.com

**Gema Conte Piccinini**

Doutora em Fitotecnia, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS. Email: gema@enf.ufrgs.br

**Giane Camargo**

Acadêmica do Curso de Nutrição/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: giane.camargo@ufrgs.br

**Grazielle Mota Rodrigues**

Acadêmica do Curso de Farmácia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: grazimr12@gmail.com

**Gustavo Vargas**

Agente Comunitário de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Santa Marta. Email: gustavo.vargas@sms.prefpoa.com.br

**Helga Geremias Gouveia**

Doutora em Tocoginecologia, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS. Email: helgagouveia@hotmail.com

**Isabel Cristina Hentges**

Especialista em Saúde da Família, Mestre em Enfermagem/UFRGS, Enfermeira Coordenadora de Equipe de Saúde da Família do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, Membro Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec). Email: isabelhentges@hotmail.com

**Janaína Giordani Longhi**

Acadêmica do Curso de História/UFRGS, Bolsista PROPESQ-BIPOP. Email: jana.longhi@hotmail.com

**Janaina Trindade**

Doutora em Educação/UnB, Graduada em Letras/UnB, Professora da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

**Jéssica Hilário de Lima**

Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Santa Teresa, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: jessicahl@sms.prefpoa.com.br

**Jorge Luiz de Andrade Trindade**

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano - PPGCMH/ESEF/UFRGS. Email: jorge.trindade@gmail.com

**José Mario D'Ávila Neves**

Doutor em Psicologia Social, Psicólogo da Equipe de Desenvolvimento, Assessor Técnico e membro da Comissão Permanente de Ensino e Pesquisa (CPES) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: jneves@sms.prefpoa.com.br

**Juliana Karine Rodrigues Strada**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: ju.strada@hotmail.com

**Juliano Figueira da Silva**

Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Monitor do PET-Saúde/UFRGS. Email: julianosilva.280@gmail.com

**Jullien Dábini Lacerda de Almeida**

Acadêmica do Curso de Gestão de Serviços de Saúde/UFGM. Email: julliendla@gmail.com

**Katiele Orso**

Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Monitora do PET-Saúde/UFRGS.  
Email: katieleorso@gmail.com

**Keila Deon**

Doutora em Saúde Pública/USP, Professora do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva - GEFISC/UFRGS. Email: keila.deon@ufrgs.br;

**Kelem Liliane Martins Severo**

Agente Comunitário de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Santa Marta, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.  
Email: kelen5nutri@gmail.com

**Larissa de Moraes Gonzaga**

Profissional de Educação Física, Ex-monitora do PET-Saúde/UFRGS.  
Email: larissadgonzaga@hotmail.com

**Laura Henz Bohn**

Acadêmica do Curso de Nutrição/UFRGS, Monitora do PET Vigilância em Saúde/UFRGS. E-mail: laurahenzbohn@hotmail.com

**Leila Terezinha Campelo Fernandes**

Agente Comunitário de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Santa Marta, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.  
Email: l-leila.pelotas@gmail.com

**Lia Trajano**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. E-mail: lia\_trajano@hotmail.com

**Lilia Maria Woitkoski Azzi**

Especialista em Saúde e Trabalho e em Administração e Planejamento para Docentes, Enfermeira da Equipe de Desenvolvimento, Assessora Técnica e membro da Comissão Permanente de Ensino e Pesquisa (CPES) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: liliazzi@sms.prefpoa.com.br

**Lilian Cristina Bittencourt de Souza**

Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: likacba@gmail.com

**Liliane Maria dos Santos**

Doutoranda em Educação, Mestre em Serviço Social, Assessora da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: liliane@sms.prefpoa.com.br

**Luciana Barcellos Teixeira**

Doutora em Epidemiologia, Professora do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS, Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGCOL/UFRGS, Coordenadora do PET Redes de Atenção à Saúde/UFRGS. Email: luciana.barcellos@ufrgs.br

**Luciana Laureano Paiva**

Doutora em Gerontologia Biomédica, Professora do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva - GEFISC/UFRGS. Email: luciana.paiva@ufrgs.br

**Luciana Pereira Regner**

Psiquiatra do NASF Glória/Cruzeiro/Cristal, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: luciana.regner@sms.prefpoa.com.br

**Luiz Fernando Alvarenga**

Doutor em Educação, Professor do Curso de Fisioterapia/UFRGS, Membro do Grupo de Estudos em Fisioterapia e Saúde Coletiva - GEFISC/UFRGS. Email: luiz.alvarenga@ufrgs.br

**Luiza Soares Guterres Lima**

Acadêmica do Curso de Serviço Social, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: gutterres.luiza@gmail.com

**Marcio Pezzini França**

Doutor em Ciências Médicas: Pediatria, Professor da Faculdade de Fonoaudiologia/UFRGS, Tutor do PET-Saúde da Família/UFRGS.  
Email: marcio@franca.bio.br

**Maria Walderez la Salvia**

Psicóloga da Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: walderez.lasalvia@sms.prefpoa.com.br

**Mariana Tesch Koetz**

Acadêmica do Curso de Serviço Social/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: marianatkoetz@gmail.com

**Mariene Jaeger Riffel**

Doutora em Educação, Professora do Curso de Enfermagem/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS. Email: marieneriffel@ig.com.br

**Mário Luiz Garcia Martins**

Acadêmico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS.  
Email: marioluisgarciamartins@gmail.com

**Marsam Alves Texeira**

Enfermeiro da Saúde da Família, Especialista em Saúde do Trabalhador, Preceptor do PET-Saúde/UFRGS. Email: marsam@sms.prefpoa.com.br

**Mateus Aparecido de Faria**

Acadêmico do Curso de Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Bolsista pelo Centro de Pesquisa Renê Rachou/CPqRR/Fiocruz. Email: mateusfaria18@gmail.com

**Mayna Yaçanã Borges de Ávila**

Bacharel em Saúde Coletiva e Nutrição/UFRGS, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS, Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde. Email: mayna.avila@gmail.com



**Mélope Bortolotto Dal Lago**

Fonoaudióloga da Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: merope@terra.com.br

**Miriam Thaís Guterres Dias**

Doutora em Serviço Social, Professora do Curso de Serviço Social/UFRGS, Coordenadora do PET-Saúde/UFRGS. Email: miriamtgdias@gmail.com

**Monique Scapinello**

Acadêmica do Curso de Psicologia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: mo.scapinello@gmail.com

**Natália Ebeling**

Acadêmica do Curso de Psicologia/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: natalia\_ebeling@hotmail.com

**Nina Lewkowicz**

Acadêmica do Curso de Psicologia/UFRGS. Email: nina\_lewkowicz@hotmail.com

**Patrícia Venzon**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS, Monitora do PET-Saúde/UFRGS. Email: patricia.venzon@gmail.com

**Paula Cristina Nilsson Meirelles**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS. Email: paulanilss.meirelles@gmail.com

**Priscila Siebeneichler**

Acadêmica do Curso de Enfermagem/UFRGS. Email: priscila.enfufrgs@gmail.com

**Raíssa Barbieri Ballejo Canto**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS, Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde/UFRGS, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Email: raissabarbi@hotmail.com

**Ramona Fernanda Ceriotti Toassi**

Doutora em Educação, Professora do Curso de Odontologia/UFRGS, Professora do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina/UFRGS, Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Odontologia/UFRGS, Coordenadora do Núcleo de Avaliação da Faculdade de Odontologia, Coordenadora do grupo de pesquisa Educação em Saúde Bucal/UFRGS. Email: ramona.fernanda@ufrgs.br

**Raquel Oliveira Lima**

Enfermeira Líder da Estratégia da Saúde da Família Santa Marta, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: raquel.lima@sms.prefpoa.com.br

**Roger Flores Ceccon**

Enfermeiro, Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFRGS. Email: roger.ceccon@hotmail.com

**Rosemarie Gartner Tschiedel**

Doutora em Psicologia, Professora do Curso de Psicologia/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS e do PET Redes de Atenção à Saúde/UFRGS. Email: rosetschiedel@gmail.com

**Sílvia Cypriano Vasconcellos**

Enfermeira, Coordenadora Geral das Equipes da Estratégia de Saúde da Família Santa Marta, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: silviacypriano@gmail.com

**Simone Avila**

Fisioterapeuta da Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. E-mail: simoneavila@sms.prefpoa.com.br

**Simone Martins de Castro**

Doutora em Ciências Biológicas, Professora do Curso de Farmácia/UFRGS, Tutora do PET-Saúde/UFRGS. Email: simonecastro13@gmail.com

**Stefania Rosa**

Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: fani\_rosa@hotmail.com

**Stela Nazareth Meneghel**

Doutora em Medicina, Professora do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS, Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFRGS, Tutora do PET Vigilância em Saúde/UFRGS. Email: stelameneghel@gmail.com

**Valdir Moreira**

Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: moreira.valdir@gmail.com

**Vania Maria Aita de Lemos**

Mestre em Odontologia, Cirurgiã-dentista aposentada da Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde/UFRGS. Email: vaita.lemos@gmail.com

**Vinícius Antério Graff**

Cirurgião-Dentista da Secretária Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS, Ex-preceptor do PET-Saúde/UFRGS.

**Vinicius Luzzi**

Agente Comunitário de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Santa Marta, Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Email: vinicius.luzzi@sms.prefpoa.com.br

**Vinicius Maximiliano**

Acadêmico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva/UFRGS, Monitor do PET Vigilância em Saúde. Email: vi\_ni\_max@hotmail.com

**Viviane Mozzatto**

Psicóloga da Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, Preceptora do PET-Saúde/UFRGS. Email: [vivianem@sms.prefpoa.com.br](mailto:vivianem@sms.prefpoa.com.br)

**William Dartora**

Acadêmico do Curso de Enfermagem/UFRGS.

**William Rogério Aretz Brum**

Enfermeiro do Hospital Nossa Senhora das Graças de São Leopoldo/RS, Ex-monitor do PET-Saúde/UFRGS. Email: [william.brum@ufrgs.br](mailto:william.brum@ufrgs.br)



editora  
  
redeunida

REDE GOVERNO  
  
COLABORATIVO  
EM SAÚDE

  
**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

  
Escola de  
**Enfermagem**



ISBN 856665931-7  
  
9 788566 65931 3