

Educação e Saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família



Maristela Inês Usawa Vasconcelos
Neiva Francenely Cunha Vieira
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Organizadoras

Educação e Saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família



Edições UVA

Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Neiva Francenely Cunha Vieira
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Organizadoras



Educação e saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família

ORGANIZADORAS:

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Neiva Francenely Cunha Vieira

Claudete Ferreira de Souza Monteiro



Sobral - CE
2016

Educação e saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família

© 2016 copyright by Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Neiva Francenely Cunha Vieira e Claudete Ferreira de Souza Monteiro (Orgs.).

Impresso no Brasil/Printed in Brasil

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE

CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613

Filiada à



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Diretor da Imprensa Universitária

Marcos Fábio Alexandre Nicolau

Conselho Editorial

Agenor Soares e Silva Júnior

Aline Vieira Landim

Antonio Glaudenir Brasil Maia

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Marcos Fábio Alexandre Nicolau

Maria Somália Sales Viana

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Virginia Célia Cavalcante de Holanda

Editoração e Designer

SERTAOCULT

Telefone: (88) 3614.8748

Cellular (88) **TIM** 9 9784.2222 / 9 9846.8222 / 9 9344.6400

mammarco@gmail.com / sertaoacult@gmail.com

Bibliotecário Responsável: Neto Ramos CRB 3/1374

E26 Educação e saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família / Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Neiva Francenely Cunha Vieira; Claudete Ferreira de Souza Monteiro (Orgs.). - Sobral: Edições UVA, 2016.
375 p. :

ISBN.: 978-85-87906-95-3 (impresso)

ISBN.: 978-85-87906-97-7 (e-book)

1. Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde da família.
I. Vasconcelos, Maristela Inês Osawa. II. Vieira, Neiva Francenely
Cunha. III. Monteiro, Claudete Ferreira de Souza. IV. Título.

CDD 613

Agradecimentos

Ao reunir neste livro, essencialmente a produção intelectual da segunda turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, expressamos nossos agradecimentos:

Ao Ministério da Saúde

A Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

A Fiocruz Rio de Janeiro e Fiocruz Ceará

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF

As instituições nucleadoras por participarem colaborativamente desta proposta de Mestrado Profissional em Rede

Ao prof. Dr. Fernando Ferreira Carneiro, Coordenador da Fiocruz-CE que gentilmente aceitou prefaciá-lo este livro

Aos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família, que de forma conjunta com os professores, abrihantam esta obra com suas construções intelectuais.

A Editora da Universidade Estadual Vale do Acaraú- Edições UVA

Ao Martônio Holanda que nos presenteou com a sua arte materializada na capa deste livro.



Organizadoras

Maristela Inês Osawa Vasconcelos - Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunto da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA vinculada ao curso de graduação em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – UVA/RENASF/FIOCRUZ. Pró-Reitora de Extensão e Cultura da UVA.

Neiva Francenely Cunha Vieira - Enfermeira. PhD pela Universidade de Bristol. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Membro do corpo docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Membro do colegiado e coordenadora do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, UFC/RENASF/FIOCRUZ. Bolsista de produtividade do CNPq.

Claudete Ferreira de Souza Monteiro - Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí do curso de graduação e de pós-graduação em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família-UFPI/RENASF/FIOCRUZ. Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPQ.



Autores

Alexandre Bezerra Silva - Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/ MPSF/RENASF/UFRN; Coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Assú/RN; Esp. em Saúde da Família; Esp. em Saúde Coletiva; Esp. em Saúde da Pessoa Idosa; Esp. em Saúde e Segurança do Trabalho; Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aline Tomaz de Carvalho - Mestre em Enfermagem; Professora da Faculdade Vale do Jaguaribe- Fortaleza/CE e Enfermeira - Esp. em Saúde da Família.

Amanda Cavalcante Frota - Mestre em Saúde Pública pela ENSP- FIOCRUZ; Coordenadora da Residência Integrada em Saúde da ESP-CE e Enfermeira.

Anaide Mary Barbosa Santos - Enfermeira; Aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF-UFPI.

Andréa Mota Braz - Mestre em Saúde Pública e Enfermeira.

Andrezza Karine A. M. Pereira - Mestra em Saúde da Família – MPSF/RENASF/UFRN e Enfermeira.

Annatália Meneses de Amorim Gomes - Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ceará, Brasil.

Ana Carolina de Souza Pieretti - Mestra em Saúde da Família; Professora do Centro de Formação de Professores da UFCG.

Ana Carolina Santana Praxedes - Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida - Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) - Saúde da Família.

Ana Ester Maria Melo Moreira - Mestre em Saúde Pública; Professora do Curso de Psicologia da UFPI; Psicóloga.

Ana Karenina Arraes Amorim - Doutora em Psicologia Social, Professora do Departamento de Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFRN.

Ana Patrícia Pereira Moraes - Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; Docente da Universidade Estadual do Ceará - Centro de Ciências da Saúde -Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ceará, Brasil.

Ana Paula Soares Gondim - Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ângela Maria Alves e Souza - Doutora em Enfermagem, Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), tutora do PRO-PET Saúde PICs UFC.

Ariza Maria Rocha - Pós-Doutorado em História; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA e Docente de Educação Física.

Antônio Medeiros Junior - Doutor em Ciências da Saúde. Professor do Departamento de Saúde Coletiva – UFRN. Membro do Núcleo de Estudo de Saúde Coletiva/ NESC – UFRN.

Bruno Oliveira de Aguiar Santos - Mestrando da 2ª turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Universidade Federal do Ceará (UFC). Cirurgião-Dentista graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Carmem Emmanuely Leitão Araújo - Mestre em Saúde Pública pela UFC; Doutoranda em Ciência Política na UFMG e Psicóloga.

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas - Docente Associada III do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal da Paraíba (RENASF/UFPB).

Danielle Chacon dos Santos - Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN); Enfermeira; Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Currais Novos-RN).

Denise Lopes Timóteo Burger - Mestranda do Curso de Perícias Forenses/ FOP- UPE. Especialista em saúde coletiva/NESC – PE. Dentista da Estratégia Saúde da Família da Cidade de Recife – PE.

Dírlia Silva Cardoso Macambira - Mestranda em Saúde da Família; Especialista em Saúde da Família e Cirurgiã dentista.

Dulce Maria de Lucena Aguiar - Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Mestre em Saúde Pública Pela Universidade Federal do Ceará e em Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará; Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza; Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará e do mestrado em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha - Mestranda em Saúde da Família RENASF/URCA e Enfermeira.

Eliany Nazaré Oliveira - Doutora; Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú; Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – UFC, Sobral, Ceará e do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF e Mestrado profissional em Ensino da Saúde. Enfermeira.

Emília Soares Chaves - Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF/UFC e Enfermeira.

Estelita Pereira Lima - Doutora em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia – RENORBIO; Professora da Universidade Federal do Cariri e Bióloga.

Evanira Rodrigues Maia - Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/URCA e Enfermeira.

Fabiane do Amaral Gubert - Doutora em Enfermagem; Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFC; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF/UFC e Enfermeira.

Francijane Diniz de Oliveira - Mestre em Saúde da Família pela UFRN. Enfermeira de Saúde da Família da Cidade de Recife- PE.

Francisca Lopes de Souza - Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral; Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Sobral-CE) e Assistente Social.

Francisco Pereira Júnior Feitosa - Mestre em Saúde da Família e farmacêutico da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha.

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Docente do Curso de graduação em Enfermagem da UVA e do Mestrado em Saúde da Família pela RENASF/UVA/FIOCRUZ.

Geórgia Sibebe Nogueira - Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP; Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFRN. Docente e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/MPSF/RENASF/UFRN.

Hayra Corrêa Lima Albuquerque - Aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF-UFPI e Cirurgiã-Dentista.

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo; Docente da Universidade Federal do Ceará; Doutora em Medicina e Pesquisadora Especialista em Saúde Pública da FIOCRUZ-Ceará; Mestre em Saúde Pública e Médica.

Isa Carolina Ximenes Dias - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Enfermeira; Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Israel Rocha Brandão - Doutor em Psicologia Social; Mestre em Sociologia e Graduado em Psicologia.

João Henrique Vasconcelos Cavalcante – Mestre em Saúde da Família; Especialista em Enfermagem Obstétrica e Gestão Hospitalar pela Universidade Valem do Acaraú e Servidor público vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

José Ivo dos Santos Pedrosa - Doutor em Saúde Coletiva; Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí - Campus de Parnaíba; Docente do Mestrado Profissional de Saúde da Família, RENASF-UFPI e Médico.

José Maria Ximenes Guimarães - Doutor em Saúde Coletiva pela UECE; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/UECE e do Mestrado Profissional Ensino na Saúde-UECE e Enfermeiro.

José Reginaldo Feijão Parente - Mestre em Gestão Pública e Graduado em Psicologia.

Karla Patrícia Cardoso Amorim - Pós-doutorado em Bioética pela Universidade Federal de Brasília (UnB); Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Cirurgiã-dentista. Docente Adjunto IV do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Leilany Dantas Varela - Mestranda em Saúde da Família- RENASF/URCA e Enfermeira.

Ligiana Nascimento de Lucena - Mestre em Saúde da Família pela UFRN. Enfermeira de Saúde da Família da Cidade de Recife- PE.

Luciana Rodrigues Cordeiro - Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/FIOCRUZ/UFC; Especialista em Saúde da Família e Terapias Tradicionais Chinesas; preceptora do PRO-PET Saúde PICs UFC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza.

Maisa Paulino Rodrigues - Doutora em Ciências da Saúde; Professora do Departamento de Odontologia da UFRN; Docente do MPSF/RENASF/UFRN; Docente do PPGS-Col/UFRN e Dentista.

Márcia Viana Bessa Nogueira - Mestre em Odontologia. Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Especialista em Saúde da Família e Periodontia, preceptora do PRO-PET Saúde PICs UFC.

Marcoeli Silva de Moura - Doutora em Odontopediatria; Professora Associada IV do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Mestrado em Odontologia da UFPI e do Mestrado Profissional de Saúde da Família, RENASF-UFPI e Cirurgiã-Dentista.

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos - Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN); Docente do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB, PB, Brasil e Médico de Família e Comunidade.

Maria Betânia de Moraes - Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN); Especialista em Preceptores do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL); Cirurgiã-Dentista; Secretaria Estadual de Saúde (PB).

Maria Darcylene de Souza Feitosa - Mestre em Ensino na Saúde e enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha; Enfermeira.

Maria de Fátima Antero Sousa Machado - Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e dos Mestrados Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Regional do Cariri – RENASF/URCA e do Acadêmico em Enfermagem da URCA e Enfermeira.

Maria do Socorro Teixeira de Sousa - Mestre em Saúde da Família; Graduada em enfermagem.

Maria do Socorro Vieira Lopes - Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família-RENASF/URCA e Enfermeira.

Maria Eneide Leitão de Almeida - Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho e Docente do Departamento de Clínica Odontológica/FFOE/UFC.

Maria Fátima Maciel Araujo - Doutora em Enfermagem; Enfermeira; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF/UFC.

Maria Hellen Sâmia Fortes Brito - Cirurgiã-Dentista, aluna do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí, PPGO-UFPI.

Maria Irismar de Almeida - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual do Ceará – RENASF/UECE e Enfermeira.

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Doutora em Saúde Coletiva UFC; Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ceará e do curso de Enfermagem da UECE, Enfermeira e Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Maria Socorro de Araújo Dias - Doutora em Enfermagem pela UFC. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Enfermeira. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Vale do Acaraú. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Sobral-CE).

Maria Veraci Oliveira Queiroz - Doutora em Enfermagem pela UFC. Universidade Estadual do Ceará-UECE; Enfermeira; Pesquisadora PQ 2 CNPq.

Maristela Inês Osawa Vasconcelos - Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Vale do Acaraú; Enfermeira; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho - Mestra em Ensino na Saúde pela UECE; Enfermeira; Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará.

Nazaré Martins Oliveira - Agente Comunitária de Saúde. Pedagoga.

Neiva Francenely Cunha Vieira - PhD pela Universidade de Bristol. Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFC, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFC, Docente permanente e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/UFC.

Noraney Alves Lima - Mestrado em saúde da família e assistente social tutora do sistema saúde escola de sobral, ceará.

Paulo Henrique Caetano de Sousa - Fisioterapeuta. monitor do pro-pet saúde pics ufc.

Renata Luzia Cavalcante Costa - Mestre em saúde da família - renasf/ufc. dentista da estratégia saúde da família de fortaleza - ce, gestora de unidade de atenção primária à saúde.

Ricardo Henrique Vieira de Melo - cirurgião dentista na estratégia saúde da família do bairro de nazaré – secretaria municipal de saúde (sms-natal-rn); cirurgião-dentista; em saúde da família pela rede nordeste de formação em saúde da família/universidade federal do rio grande do norte (renasf/ufn); preceptor do programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) na universidade federal do rio grande do norte (ufn); preceptor da residência multiprofissional de saúde na universidade federal do rio grande do norte (ufn).

Rosa Maria Grangeiro Martins - mestranda em saúde da família- renasf/urca e enfermeira.

Rosane de Lucca Maerschner - mestra em saúde da família pela universidade estadual do ceará e coordenadora do centro de atenção psicossocial da secretaria executiva regional ix, do município de fortaleza e especialista em gestão de serviços e sistemas de saúde.

Sofia Dionizio Santos - mestra em psicologia, professora do centro de formação de professores da ufcg.

Yolanda Flores e Silva - doutora e mestre profissional em saúde e docente na área do turismo e da saúde.

Sumário

Apresentação.....	17
Prefácio.....	19
Parte I - Educação na saúde	
Entre a Gestão e a Educação: Preceptoria de Território como Práxis em Saúde Coletiva.....	23
<i>Ana Ester Maria Melo Moreira; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Maria Rocineide Ferreira da Silva; Carmem Emmanuely Leitão Araújo; Amanda Frota.</i>	
Preceptoria na formação em saúde: um modelo em construção.....	37
<i>Antônio Medeiros Junior; Denise Lopes Timóteo Burger; Francijane Diniz de Oliveira; Ligiana Nascimento de Lucena.</i>	
Encontros entre saúde mental e saúde da família na formação médica no sertão Paraíba.....	53
<i>Ana Carolina de Souza Pieretti; Ana Karenina Arraes Amorim; Geórgia Sibebe Nogueira; Sofia Dionizio Santos.</i>	
Experiências e significados do Pet-Saúde: o olhar dos estudantes da Universidade Federal da Paraíba.....	71
<i>Maria Betânia de Moraes; Ricardo Henrique Vieira de Melo; Danielle Chacon dos Santos; Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas; Karla Patrícia Cardoso Amorim.</i>	
Práticas integrativas e complementares (PICs) na estratégia Saúde da Família: relato de experiência.....	85
<i>Luciana Rodrigues Cordeiro; Angela Maria Alves e Souza; Márcia Viana Bessa Nogueira; Paulo Henrique Caetano de Sousa; Maria Fátima Maciel Araújo.</i>	
Formação dos profissionais de saúde que atuam na estratégia de Saúde da Família.....	101
<i>Bruno Oliveira de Aguiar Santos; Ana Carolina Santana Praxedes; Ana Paula Soares Gondim.</i>	
Colaboração interprofissional no contexto da residência multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE.....	121
<i>Isa Carolina Ximenes Dias; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Maria Socorro de Araújo Dias; Francisca Lopes de Souza; Maria Veraci Oliveira Queiroz.</i>	
Articulação ensino-serviço: um olhar crítico a partir dos preceptores do Pet-Saúde.....	135
<i>Rosane de Lucca Maerschner; Annatália Meneses de Amorim Gomes; Ana Patrícia Pereira Moraes; Maria Rocineide Ferreira da Silva; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.</i>	
O ensino do cuidado diante da morte na formação médica: limites e potencialidades da atenção primária à saúde.....	151
<i>Marcos Oliveira Dias Vasconcelos; Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.</i>	
A tutoria como dispositivo de educação permanente no sistema saúde escola de Sobral-CE.....	173
<i>Noraney Alves Lima ; Maria Socorro Araújo Dias; Maria Rocineide Ferreira da Silva; José Reginaldo Feijão Parente.</i>	

Educação permanente em saúde no contexto dos enfermeiros da estratégia Saúde da Família de Sobral-CE: analisando os desafios e possibilidades.....187
Maria do Socorro Teixeira de Sousa; Israel Rocha Brandão; José Reginaldo Feijão Parente.

Novas estratégias tecnológicas para a avaliação do ensino-aprendizagem.....201
Marcoeli Silva de Moura; Maria Hellen Sâmia Fortes Brito; Hayra Corrêa Lima Albuquerque; Anaide Mary Barbosa Santos; José Ivo dos Santos Pedrosa.

Parte II - Educação em saúde

Saberes e práticas de mulheres idosas sobre a prevenção do câncer do colo do útero.....217
Alexandre Bezerra Silva; Aline Tomaz de Carvalho; Maisa Paulino Rodrigues; Andrezza Karine A. M. Pereira.

Fatores associados a automedicação entre usuários de unidades da estratégia da família.....233
Francisco Pereira Júnior Feitosa; Maria Irismar de Almeida; Estelita Pereira Lima; Maria Darcylene de Souza Feitosa; Ana Paula Soares Gondim.

Dialogando com o adolescente escolar e sua família: subsídios para a prevenção do uso de drogas.....247
Renata Luzia Cavalcante Costa; Fabiane do Amaral Gubert; Neiva Francenely Cunha Vieira.

Historicidade, saberes e práticas de educação em saúde e a estratégia saúde da família.....261
Elizabete Gonçalves Magalhães Filha; Ariza Maria Rocha.

Práticas de educação em saúde dos profissionais da estratégia saúde da família de Barbalha, Ceará.....283
Maria Darcylene de Sousa Feitosa; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Francisco Pereira Júnior Feitosa; José Maria Ximenes Guimarães; Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho.

Relato de vivência com adolescentes para uma alimentação saudável.....295
Emília Soares Chaves; Dirlia Silva Cardoso Macambira; Andréa Mota Braz; Nazaré Martins Oliveira.

Saúde bucal em crianças de cinco anos pertencentes a famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família.....303
M.ª Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida; Maria Fátima Maciel Araújo; Maria Eneide Leitão de Almeida; Dulce Maria de Lucena Aguiar.

Círculos de cultura e o adolescente: contribuições para atitudes saudáveis frente às drogas.....321
João Henrique Vasconcelos Cavalcante; Eliany Nazaré Oliveira; Yolanda Flores e Silva; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

Incorporação e ressignificação das práticas de educação em saúde na estratégia Saúde da Família.....337
Elizabete Gonçalves Magalhães Filha; Leilany Dantas Varela; Rosa Maria Grangeiro Martins; Evanira Rodrigues Maia; Maria do Socorro Vieira Lopes.

Apresentação

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) tem como finalidade contribuir com a formação de profissionais da Atenção Primária em Saúde, por meio da cooperação de diversas instituições de ensino, pesquisa e serviços de saúde da Região.

O MPSF em Rede aparece como desenho que possibilita desenvolvimento de **sinergias** e **mobilização de coletivos que** o caracteriza enquanto um investimento educacional capaz de transformar os processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família, de desenvolver instituições e fortalecer laços, por meio do ensino e da pesquisa.

Educação na Saúde é uma das linhas de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF, a qual visa compreender a formulação, implantação e avaliação de iniciativas, projetos, programas e políticas de formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde, visando à reorientação dos processos de trabalho na saúde, no sentido da humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular.

O livro que ora apresentamos retrata experiências de integração ensino-serviço-comunidade como condição *sine-qua-non* para mudanças na formação dos trabalhadores da saúde, bem como para produção de conhecimento e experimentações que causem impactos positivos nos mundos do trabalho e da pesquisa em saúde.

Esperamos que esta contribuição científica oportunize aos leitores inspirações para novos saberes e fazeres junto à população, bem como ateste a potência deste processo de formação dos trabalhadores da Saúde da Família.

Fortaleza, setembro de 2016

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Neiva Francenely Cunha Vieira

Claudete Ferreira de Souza Monteiro



Prefácio

Esta obra é fruto de um esforço de instituições, professores e dos novos mestres da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). A elaboração e publicação deste livro coloca em evidência uma produção exemplar, resultante da atuação da Renasf, que se consolida como produtora de conhecimento, saberes e práticas territoriais, locais e regionais. Os diálogos constantes entre os serviços de saúde e academia, indicaram a necessidade de um material como este em busca de fortalecer a Estratégia Saúde da Família. Este livro só foi possível porque ninguém quis ser apenas uma estrela solitária mas, uma constelação de estrelas que puderam compartilhar os melhores resultados de suas dissertações oriundas do mestrado profissional em saúde da família. Esta produção teve como estímulo o desejo de socializar um conhecimento de forma conjunta e articulada, para que profissionais de saúde, educadores e outros leitores possam acessar os saberes, as práticas, as inovações, as descobertas que se estabeleceram numa relação entre a educação e a saúde.

A maior parte das abordagens valorizaram pensadores críticos brasileiros como Paulo Freire e o campo da Educação Popular em Saúde, destacando o papel da relação ensino/serviço em uma perspectiva dialógica e analítica.

Diversas temáticas foram alcançadas pelas lentes desses novos mestres. O livro está organizado em 21 capítulos divididos em duas partes. A primeira parte trata da **Educação na saúde**, com temas mais voltados para a formação dos profissionais de saúde. São abordados assuntos como os da importância da criação de contextos reais de aprendizados na complexidade do SUS, buscando ao mesmo tempo, práticas reflexivas e questionadoras frente às rotinas engessadas que não colaboram para uma melhor saúde de nossa população, com exemplos no universo da preceptoria, tutoria e PET saúde. Na formação médica, destacam-se as mudanças recentes na abordagem da saúde mental, incorporando a Reforma Psiquiátrica numa perspectiva ética de desinstitucionalização da loucura e frenagem da intensa medicação, bem como na humanização do cuidado com a morte. Um estudo mostra como os aprendizados das práticas alternativas e complementares em saúde, promovem caminhos de promoção da saúde tanto para a população quanto para os profissionais de saúde. As Residências Multiprofissionais e a colaboração interprofissional foram avaliadas, onde destaco os achados que evidenciaram a importância das experiências de compartilhamento de conhecimentos e o exercício da liderança agregadora. Na formação dos profissionais da ESF alguns estudos apontaram que a qualificação ainda é insuficiente para as necessárias mudanças das práticas, mas que experiências voltadas para a formação dos profissionais de saúde, a exemplo dos enfermeiros, reforçam que as pedagogias ativas tem sido mais mobilizadoras para essas mudanças.

A segunda parte, trata da **Educação em Saúde** em nove capítulos. Novos saberes e práticas, para um olhar holístico e de ressignificação de práticas, foram discutidos

junto à população idosa frente ao câncer de útero. A automedicação foi identificada em quase a metade dos usuários do SUS em um estudo, mostrando os desafios para o uso racional dos medicamentos. Novas oportunidades de aprendizado e o estímulo à abordagem familiar, foram instigadas para a atuação da ESF na discussão do uso de drogas por adolescentes, bem como a necessidade de se incluir, na agenda das ações educativas das equipes, a temática da alimentação saudável e da saúde bucal. Mas também são analisadas as dificuldades de incorporação de uma práxis crítica, reflexiva e transformadora pela maioria dos profissionais de saúde. Finalmente, analisando a sua historicidade, ainda se verifica a tímida implantação no SUS da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, elemento estratégico para dinamizar a Educação em Saúde nos serviços.

As organizadoras tiveram a felicidade de mobilizar um campo temático amplo e importante para os desafios do aprimoramento da ESF no SUS.

As mudanças políticas recentes no Brasil tem colocado o SUS ainda mais sob risco, bem como suas estratégias estruturantes. São tempos difíceis que vão exigir uma dupla militância acadêmica e política para a construção de uma resistência qualificada frente aos possíveis retrocessos que virão.

Esse livro é um estímulo para o avanço da ESF, pois identifica práticas inovadoras e repletas de densidade técnica, mostrando um excelente retorno a partir dos estudos que emergiram desse mestrado profissional.

Isso demonstra como a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família tem gerado frutos importantes para o avanço do SUS no Ceará e no Brasil, por meio de um mestrado profissional que joga uma luz sobre a realidade enfrentada no dia a dia pelos profissionais de saúde.

Fernando Ferreira Carneiro
Coordenador da Fiocruz Ceará

Parte I
Educação na saúde



Entre a gestão e a educação: preceptoria de território como práxis da saúde coletiva

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ivana Cristina de Holanda C. Barreto
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Carmem Emmanuely Leitão Araújo
Amanda Cavalcante Frota

I INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva apresentar o relato da experiência ou práxis (ação reflexão para transformar a realidade) da preceptoria de território no contexto do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza, bem como discorrer sobre suas bases teórico-metodológicas. Historicamente, a emergência da educação permanente em saúde potencializou espaços de reflexão acerca do modelo de gestão, processo de trabalho e estratégias de formação de trabalhadores de saúde. De acordo com Haddad, Roschke e Davini (1994), criadores do conceito “educação permanente”, esta exige desenvolver um processo de gestão do conhecimento potencializando o diálogo entre os sistemas e serviços de saúde e o sistema de educação de forma integrada, buscando a reorientação do modelo de atenção à saúde e de formação em saúde para atuar com situações complexas.

Dessa forma, o desafio que se coloca embute a necessidade de superação do modelo de gestão, atenção e educação para as profissões da saúde centrados no conhecimento e procedimentos técnico e distanciados do contexto social. Como uma estratégia para superação do modelo tradicional, compreendemos a educação permanente em saúde que possui como princípios: educação no trabalho, aprendizagem significativa, descentralização, roda como ferramenta de cogestão, transdisciplinariedade, ascendência dos processos decisórios e práxis sanitária (COSTA, 2006; BARRETO, 2012a) . Compreender a organização de sistemas e serviços de saúde com ênfase na educação permanente em saúde implica em compreender o imbricamento entre gestão, atenção, formação e participação popular, como colo-

cado por Ceccim e Feuerwerker (2004) denominando o quadrilátero da formação em saúde, e da indissociabilidade entre gestão participativa e formação dos trabalhadores (CAMPOS, 2013; CARROTA, KAWAMURA & SALAZAR, 2009).

Os princípios e diretrizes da gestão participativa (CAMPOS, 2013) e da educação crítica (FREIRE, 2005) possuem capacidade de deslocamento dos processos instituídos como hegemônicos e produzem a criação de estratégias de construção coletiva. Enfrentar tais condições requer, entre outras questões, avançar da dimensão técnico-disciplinar para a dimensão experiência-sentido nos chama à atenção quanto à importância de vivenciar experiências reais (AKERMAN, 2013). Ações de processos formativos, na contemporaneidade, precisariam retomar essa questão, problematizando o aspecto abusivo do que poderíamos nominar como informação, que, além de banalizar aquilo que pode ser apreendido, fortalece toda uma ideia de superficialidade. A aposta, então, é na experimeciometria (AKERMAN, 2013), algo que, ao se fazer, produza sentidos, os mais diversos, naqueles que são sujeitos de processos e não assujeitados a estes.

Este trabalho é um relato de experiência de um dispositivo de educação permanente em saúde/educação na saúde, a preceptoria de território. O objetivo é apresentar as bases das experiências institucionais e os fundamentos teórico-metodológicos da preceptoria de território como estratégia de educação na saúde, isto é, de formação dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, iremos desenvolver o seguinte percurso: apresentar a abordagem e a metodologia orientadora deste estudo, apresentar a técnica da observação participante onde o sujeito do conhecimento desenvolve um processo de imersão cognitiva e vivencial na realidade de estudo e as trilhas de vivência e sistematização deste relato de experiência. Após este momento iremos apresentar a preceptoria de território como dispositivo de educação na saúde do Sistema Municipal de Saúde Escola e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza. As bases teóricas e metodológicas da preceptoria de território emergem neste trabalho de forma transversal ao relato das experiências institucionais.

2 METODOLOGIA

A metodologia do presente trabalho se ancora na abordagem qualitativa na medida em que esta busca interrogar processos históricos culturais e subjetivos da vida (MINAYO, 2012). Bosi (2012) discute que a abordagem qualitativa põe em evidência as dimensões intersubjetivas no âmbito da pesquisa e produção de conhecimento. O objetivo deste artigo é desenvolver o relato de experiência da práxis da preceptoria de território, emergindo por meio do contexto histórico cultural onde as experiências institucionais foram desenvolvidas, e dos processos subjetivos dos autores que consistem em sujeitos implicados neste trabalho (MERHY, 2015).

Desenvolvemos este relato de experiência, por meio da abordagem qualitativa participante fundamentada na metodologia na pesquisa ação (BARBIER, 2002), e utilizando

como técnica de coleta de dados a observação participante, na medida em que todos os atores deste estudo foram sujeitos implicados (BARBIER, 2002) com o processo de formulação e implantação da preceptoria de território. Isto é, autora e coautores, estiveram no Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza desenvolvendo experiências no âmbito da educação na saúde com ênfase na preceptoria de território. A observação participante consiste em uma técnica da pesquisa ação (BARBIER, 2002) por meio da qual se pesquisa intervindo e se intervêm pesquisando (GÓIS, 2008), compreendendo sujeito do conhecimento e objeto de estudo como atores históricos do processo de leitura da realidade e construção de conhecimento. Através da observação participante o pesquisador desenvolve um processo de imersão objetiva e subjetiva no contexto de pesquisa buscando apreender significados, sentidos, símbolos, historicidade e temporalidade local.

Desta forma, a fase de campo deste trabalho emergiu da prática da autora e coautores no Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza e na Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde (RIPASS). No início, o grupo de preceptores/pesquisadores realizou uma revisão de literatura e construiu uma mandala ou conjunto de conhecimentos compartilhados na equipe que apoiaram a práxis da preceptoria de território. O segundo momento foi o da observação participante, desenvolvida por meio da postura implicada dos autores enquanto preceptores de território nos seguintes cenários de práticas: gestão dos distritos de saúde de Fortaleza, centros de saúde da família, centros de atenção psicossociais, comunidade, movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde, instituições de ensino. Os momentos de observação participante dos pesquisadores foram registrados por meio de diários de campo (GÓIS, 2008), o que permitiu a posterior sistematização e análise reflexiva sobre as vivências. Também foi realizada análise documental por meio da leitura sistemática e exaustiva de relatórios técnicos, relatórios de gestão e outros documentos relevantes que documentaram a prática da preceptoria de território. A partir desta coleta de dados, realizada no período de 2006 a 2010, os autores sistematizaram as narrativas das experiências vividas considerando as bases teórico-metodológicas e as experiências institucionais da preceptoria de território para criar novas bases conceituais de apoio ao seu desenvolvimento.

Compreendemos que mergulhamos no encontro existencial e político entre sujeito epistêmico e sujeito implicado (MERHY, 2015) na medida em que este relato de experiência é fruto dos saberes e práticas dos autores por meio do trabalho em ato. Este processo busca superar a visão clássica da ciência positivista de neutralidade científica e reconhece o encontro existencial e político entre pesquisador e objeto de estudo.

3.1 Preceptoria de território: entre a gestão e a educação

A preceptoria de território se constitui como ato educativo comprometido com a transformação solidária da realidade e do SUS. É um trabalho de natureza pedagógica

na gestão, atenção, formação e participação. Objetiva uma nova práxis em saúde para o desenvolvimento humano dos sujeitos (gestores, trabalhadores e atores comunitários) a partir da inserção nos territórios/comunidades, colaborando, portanto, com o Sistema Único de Saúde. Partindo dessa premissa, o preceptor de território emerge como um novo ator/sujeito? Provavelmente, sim, em um cenário de construção de novas práticas e saberes e com íntima sintonia com o Projeto da Saúde Coletiva proposto na América Latina e no Brasil (LEAL;CAMARGO JÚNIOR,2012).

Historicamente, a Saúde Pública tradicional, no Brasil, possui um componente centrado e orientado para atender as necessidades do Estado com foco na mecanização de atos-ações. Ou seja, segundo autores do campo da Saúde Coletiva, esta, sendo interdisciplinar, precisa fomentar a emergência de novos sujeitos com permanente transposição das fronteiras disciplinares da Saúde Pública tradicional (LEAL;CAMARGO JÚNIOR,2012). O preceptor de território, portanto, seria um ator, trabalhador da saúde, que buscaria incorporar as práticas e saberes do território e da comunidade e o contexto da vida social no cotidiano das práticas em saúde, deslocando as ações dos profissionais de saúde do plano exclusivo dos espaços instituídos pela gestão e agregando a vida social como cenário de práticas, especialmente, no que se refere à atenção básica em saúde.

A preceptoria de território atua junto aos estudantes, residentes, profissionais de saúde, usuários, gestores, comunidade e movimentos sociais, por meio de duas trilhas: a docência, cuja prática pedagógica ancora-se principalmente na educação permanente em saúde/educação na saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; COSTA, 2006) e apoio institucional ao serviço, em que a prática centra-se na gestão via apoio institucional (PASSOS; KASTUP;ESCÓSSIA,2012). Usamos a palavra (ou o termo) trilhas, pois compreendemos que estamos seguindo um caminho, uma direção de práxis em construção. Esse novo ator tem se tecido nas experiências dos Sistemas Municipais de Saúde Escola no Ceará (experiências de Sobral e Fortaleza), pelas necessidades sociais em um contexto político que tem discutido e aprofundado leituras, críticas e proposições do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (PAIM et al, 2011) e do campo da Saúde Coletiva.

A concepção pedagógica adotada no SMSE está fundamentada nas contribuições de Paulo Freire, que propôs uma pedagogia capaz de transcender a transmissão de conhecimentos. Entende que as pessoas (equipes, gerentes, lideranças, moradores, instituições) possuem experiências acumuladas que precisam ser valorizadas no processo de construção do conhecimento e que, a partir das “leituras da realidade” (do trabalho e dos territórios/comunidades), mediadas pelo diálogo e pela consciência, constroem a si, bem como novas realidades. Baseia-se também na teoria da aprendizagem social de Wenger (1998), que desenvolveu o conceito de Comunidade de Prática (CdP). A CdP diz respeito a grupos de pessoas engajadas em práticas sociais e que apresentam problemas, preocupações ou mesmo paixões compartilhadas e que as levam a interesses comuns na busca de conhecimentos, agindo de maneira a partilhar processos de

aprendizado (WENGER, 1998). Portanto, esta perspectiva aposta na formulação de que a aprendizagem não é um processo individual — que ocorre na mente da pessoa e que tem um começo e um fim almejado — e que esteja desvinculada de nossas práticas diárias, ou que, fundamentalmente, seja apenas o resultado de quem ensina.

Ora o processo de trabalho em saúde na ótica do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza no momento histórico em que esta experiência se desenvolveu, se insere na dinâmica do território na interface entre gestão e educação. O conceito de território é aqui compreendido como formulado pela geografia crítica, que refletem sobre o território usado como o elemento constituinte do processo de territorialização do sujeito e do mundo que o cerca, que agrega os elementos materiais e simbólicos de construção da realidade social em que se inserem os indivíduos. Por meio da atividade humana, o homem cria esses laços materiais e simbólicos com a comunidade.

Desta forma, compreendemos a preceptoria de território como uma práxis em construção que atua coerente com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e Saúde Coletiva (LEAL; CAMARGO JÚNIOR, 2012) na relação entre a gestão e educação. Compreendemos como um dispositivo de educação na saúde - orientado para as formações contextualizadas no Sistema Único de Saúde garantindo que todos os espaços dos serviços de saúde sejam de ensino, pesquisa, extensão e assistência a saúde.

3.2 Preceptoria de território + sistemas municipais de saúde

Considerando estes pressupostos, iniciamos aqui reflexões sobre a experiência da Preceptoria de Território, desenvolvida no contexto do Sistema Saúde Escola de Fortaleza – CE no período de 2006 a 2010. Fortaleza é capital do estado do Ceará, com mais de 2,5 milhões de habitantes. A política de educação permanente ganhou contornos próprios com a criação, em 2006, de um Sistema Municipal de Saúde Escola em Fortaleza (SMSE) (BARRETO et al, 2012a). Compreendido como uma das políticas estratégicas para reorientação do modelo assistencial, o SMSE pode ser entendido como uma rede assistencial e sua base territorial, que se transformam em espaço para a assistência, ensino e pesquisa, com a coordenação da gestão municipal de saúde, e em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde, instituições de ensino e movimentos populares. Este tem como objetivo central gerar um movimento de práxis no sistema de saúde para a produção de conhecimentos, a formação de profissionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), a ressignificação e qualificação das práticas em saúde, a educação permanente e o desenvolvimento profissional. Suas diretrizes são: o conceito de saúde considerando a sua determinação social, os serviços de saúde e o seu território de abrangência como contextos de desenvolvimento da estratégia, a transdisciplinariedade, a intersetorialidade e a formação dos profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população (BARRETO et al, 2012a).

Enfim, esse sistema aprendente, Sistema Municipal Saúde Escola, que já havia sido experimentado no município de Sobral (SOARES et al, 2008), se constitui em um espaço de encontros entre os diversos sujeitos no sentido de potencializar a construção compartilhada do conhecimento entre universidade, serviço de saúde e comunidade. A partir desses encontros entre instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, são estabelecidas parcerias para gestar estratégias de assistência, ensino, educação permanentes e pesquisa.

Durante anos de experiências e vários desafios para viabilizar essa proposta é possível afirmar que a integração ensino, serviço e comunidade tornou-se mais concreta na realidade local no período estudado (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA 2005; PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA,2006). Para tanto, uma iniciativa foi imprescindível: a constituição de uma equipe de preceptores de território. Para mover o eixo central de desenvolvimento do Sistema Saúde Escola seria imprescindível a mediação pedagógica por educadores em serviço, ou seja, a viabilização da proposta de tenda invertida (BARRETO et al, 2012a), na qual o educador insere-se no campo de prática do educando. Esta ideia foi reificada por meio da constituição do ator social Preceptor de Território, trabalhador da saúde cuja função passou a ser fortalecer a relação do serviço de saúde e seu território de abrangência, bem mediar as relações destes com projetos de formação e educação permanente de profissionais de saúde, objetivando promover aprendizagens significativas e contextualizadas,

A preceptoría de território surgiu em Sobral-CE, em 1999, com a função de estruturar e implantar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na interdisciplinaridade e em conteúdos que contribuíssem para a reflexão e discussão dos problemas de saúde do território, como, também, de aplicar e avaliar esses conteúdos para o aperfeiçoamento da atenção à saúde e da gestão, por meio de relações imediatas com os residentes e profissionais das unidades de saúde e outros setores. Por meio de processo educativo, buscaria mudanças no campo das práticas de saúde e na organização do serviço. Fazendo referência a essa experiência, a educação que se pretende com o trabalho da preceptoría de território, seguramente, estaria na perspectiva de aprofundamento das culturas (os modos de sentir, pensar, querer, agir, sonhar, lutar) das pessoas que trabalham, ou que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em Fortaleza, de acordo com o Projeto da Residência em Medicina de Família e Comunidade (2005), uma das primeiras e principais estratégias de educação do SMSE, o preceptor de território atuaria junto às equipes, aos residentes e à gerência das unidades de saúde, facilitando a definição coletiva da política local de saúde, incluindo-se: o reconhecimento do território e seus recursos comunitários e institucionais, análise da situação de saúde, vigilância à saúde, identificação das práticas populares e articulação com lideranças comunitárias, planejamento local participativo, organização do serviço, promoção da saúde, cogestão do coletivo e participação no conselho local.

A proposta da preceptoría de território no SMSE de Fortaleza se iniciou em 2006, com apenas cinco profissionais. Neste contexto optou-se por uma inserção na dinâ-

mica do trabalho das Secretarias Executivas Regionais (SERs) – estrutura organizativa municipal de descentralização administrativa. Tal estratégia não tardou em se transformar em apoio às equipes da Atenção Básica das SERs e aos gerentes dos CSFs em colaborações nas ações de humanização; apoio às rodas de gestão; acompanhamento dos projetos de intervenção dos gestores participantes da Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (parceria entre Universidade de Campinas - UNICAMP, Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Organização Pan Americana de Saúde - OPAS); articulação entre setores e projetos da Secretaria Municipal de Saúde; envolvimento nas atividades do SMSE e apoio a estas. Nesse período, o objetivo principal foi identificar necessidades de formação a partir da singularidade de cada serviço.

Uma das dificuldades desse período foi o pouco entendimento do papel e função dos preceptores, que, muitas vezes, apresentavam-se confusos e, ao mesmo tempo, suscitavam alta expectativa de diversos setores e instâncias de gestão: representavam os atores que iriam integrar políticas no território. Outro problema percebido pelos preceptores foi a pouca inserção na dinâmica do território, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando que foi priorizado o apoio às gerências regionais. No entanto houve a aproximação com várias instâncias de gestão, o que permitiu: a participação em espaços de construção de políticas; contribuição nos processos de trabalho nas equipes regionais; colaborações na definição dos territórios de abrangência das equipes de Saúde da Família e área de abrangência dos CSF; apoio a formações do SMSE, entre outras contribuições.

Com a ampliação da equipe e o início da Especialização em Saúde da Família e Comunidade inseridos no SMSE de Fortaleza, como, também, da reconfiguração e aproximação da Residência de Medicina de Família e Comunidade e crescimento do Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família (BARRETO et al, 2012b), evidenciou-se um segundo momento da preceptoria de território, agora, mais voltado aos processos educativos do Sistema Municipal Saúde Escola.

Nesses processos do SMSE, os preceptores de território assumiram responsabilidades, entre elas: facilitar rodas de estudo e seminários; apoiar as atividades em serviço e na comunidade deflagradas por esses processos; mediar utilização de portfólio e outros instrumentos de avaliação; acompanhar e orientar os facilitadores do Projeto Liga de Saúde da Família; criar interface com as demais preceptorias e integrantes do Projeto Ciranda da Vida - Projeto de Educação Popular em Saúde (DANTAS et al, 2012). Nesse período, foi possível identificar a importância do preceptor como educador.

3.3 Preceptoria de território + residência multiprofissional em saúde da família e comunidade

Compreendendo a Preceptoria de Território como uma saber em construção a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) foram desenvolvidos processos de transformação desta prática de educação na saúde. A

RMSFC constitui-se em um programa de especialização em serviço de profissionais de saúde no campo da Atenção Básica em Saúde (ABS), que, no âmbito do SMSE de Fortaleza, inseriu, em sua primeira turma, no ano de 2009, onze categorias profissionais de saúde com atuação no contexto da ESF. As categorias profissionais inseridas no programa foram: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com o objetivo de reorientar as práticas e produzir uma formação orientada para as necessidades sociais. É nesse cenário de aprendizagem que se transforma a preceptor de território. Dessa maneira, sua atuação continua a se desenvolver nos seus processos de trabalho - no contexto do território, campo da gestão e da educação - implicados com o contexto de vida das classes populares, apontando caminhos de atuação que partam do poder instituinte da vida social, na perspectiva comunitária, e trazendo para o dia a dia as práticas e saberes populares, estes produzidos pela via do cotidiano, com respeito à história de sua produção.

A preceptoria de território, no contexto da RMSFC, continuou seguindo duas principais linhas de atuação: educação e gestão, contemplando o desenvolvimento da direcionalidade pedagógica, intencionalidade política e facilitação de processos no campo da gestão e da atenção à saúde, em nível local.

No que concerne à trilha da educação, buscamos fundamentação na Educação Popular em Saúde. Aportar a preceptoria nesse caminho pedagógico trouxe para o processo de trabalho o desafio de constituir um espaço de docência em permanente transformação em diversas dimensões, entre as quais a vinculação com os movimentos sociais e populares no âmbito do território, na perspectiva da emancipação dos sujeitos envolvidos.

Para a via da gestão, fundamentamo-nos no apoio institucional, que se organiza como uma função de acolhida, problematização e apoio às angústias e potencialidades das equipes de saúde na gestão e organização dos seus processos de trabalho na perspectiva do conceito ampliado de gestão, que se caracterizam pelas dimensões administrativas, técnicas, gerencias, pedagógicas e terapêuticas. Para Vasconcelos e Morshel (2009, p.730),

[...] o objetivo central do apoio articula-se ao do analista institucional, qual seja: fomentar análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento analisado, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, aliando-se a eles na análise dos ranços institucionais e problemas organizacionais e na subsequente abertura de sentidos, construção de redes e de práticas inéditas, discursivas e não-discursivas.

Dessa forma, apresentar a experiência da preceptoria de território da RMSFC de Fortaleza considerando as bases teórico-metodológicas que orientaram nossa prática

é uma premissa. Compreendemos que esse é um processo de construção e que nossa experiência e os caminhos teórico-metodológicos podem sinalizar novos percursos para as necessidades de construção de um novo ator para a saúde coletiva, seja nos Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde (CECCIM; FAJARDO, 2013), seja na graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

A importância deste trabalho revela-se pelo compartilhamento do processo de sistematização de uma experiência que se inicia de forma empírica, mas que tem um potencial de encontro teórico-prático constitutivo de sua prática com produtos visíveis, inclusive pela conformação de (novos) territórios. Os caminhos percorridos entre vivências e os endereços definidos nos possibilitaram avançar da geografia física à geografia de sentidos, que se comunicam e se associam para produção de outros sujeitos - de produção compartilhada, instituintes, criativos, autônomos, apostando em um por vir.

O início da construção desta prática ocorreu por meio do processo de formação de preceptores, que teve o objetivo de elaborar as competências que se constituíram nas experiências que foram desenvolvidas na prática do preceptor de território. Essa formação principiou com a construção das diretrizes gerais da atuação da preceptoria de território, compreendendo que a prática e a experiência empírica superariam o esforço de formulação teórica desenvolvido pelo corpo pedagógico do programa e se transformariam permanentemente.

Após esse momento, a inserção da RMSFC no contexto da ABS de Fortaleza ocorreu através da Inserção Comunitária no Território (GÓIS, 2008), que se constituiu em um processo de inserção comunitária e institucional dos residentes e preceptores no contexto da vida social da comunidade e nos serviços de saúde. A proposta da Inserção Comunitária no Território atuou a partir da observação participante (BARBIER, 2002), da Educação Popular em Saúde (FREIRE, 2005; DANTAS et al, 2012) e da Análise Institucional (LOURAU, 2004).

A inserção aconteceu através do contato inicial com informantes-chave da comunidade, moradores mais antigos, lideranças formais e informais (GÓIS, 2008). Um ator que facilitou à inserção essa aproximação comunitária dos atores em pauta foi o agente comunitário de saúde, que atuou como mediador cultural entre os residentes e a comunidade. O fazer da preceptoria de território consistiu em facilitar o processo de inserção, buscando superar o fosso cultural (DANTAS et al, 2012) entre os profissionais de saúde e a comunidade.

O objetivo da inserção comunitária foi compreender o modo de vida da comunidade e construir uma relação de confiança e vínculos dos residentes com esta, produzindo uma formação usuário-centrada (CECCIM E FEUERWERKER, 2004). Metodologicamente, o processo ocorreu por meio da construção da oficina de resgate de luta e resistência da comunidade, partindo de atores locais (DANTAS et al, 2012).

Esse processo fortaleceu a compreensão dos residentes sobre o cotidiano da vida social, buscou superar o olhar biomédico da Saúde Pública tradicional e caminhar em direção à Saúde Coletiva, com base na percepção da determinação social da saúde e na produção de subjetividades a partir de novos territórios de constituição revelados. A oficina de resgate da história de luta e resistência da comunidade procurou identificar as situações-limite (FREIRE, 2005) identificadas pela comunidade como questões importantes para a elaboração do plano de atuação dos residentes.

Na perspectiva da atuação no campo das práticas sociais, o preceptor de território representou um ator de referência na articulação com a rede social de apoio (DANTAS et al, 2012) e fortaleceu as pontes ativas (GOIS, 2008) presentes no território. A atuação transitou pelo espaço de participação popular em saúde institucionalizada e não institucionalizada e se desenvolveu uma para além do controle social, acontecendo em grupos populares, organizações comunitárias, movimentos populares e espaços de conflito socioambiental a partir da determinação social da saúde.

A atuação da preceptoría de território no campo das práticas sociais afilia sua proposta de atuação à Saúde Coletiva (LEAL;CAMARGO JÚNIOR, 2012) e à Atenção Primária à Saúde Ampliada (GIOVANELLA, 2014). O processo de inserção institucional ocorreu através da participação dos residentes nas rodas de gestão (CAMPOS;CUNHA;FIGUEIREDO,2013) e na construção de vínculos e elaboração de leitura das relações de poder e processos de trabalho das equipes em que estavam inseridos. Dessa forma, o preceptor de território atuou no campo da gestão em saúde como apoiador e analisador institucional. A proposta foi facilitar a leitura crítica dos residentes e desenvolver movimentos de apoio à gestão e às equipes de saúde, considerando o campo de cuidado, política, planejamento e gestão em saúde.

3.4 Caminhos: o saber fazer da preceptoría de território

Nesse processo, emergiram projetos de trabalho: no desenvolvimento de estratégias de humanização e acolhimento nos Centros de Saúde da Família (CSF), de planejamentos participativos entre equipe de saúde e comunidade, de revitalização das rodas de gestão como espaços de cogestão de coletivos (CAMPOS;CUNHA;FIGUEIREDO, 2013), de fortalecimento da clínica ampliada;no desenvolvimento de estudos de casos; na construção de projetos terapêuticos singulares de saúde mental na Atenção Básica (FIGUEIREDO et al, 2014); de matriciamento (CAMPOS;CUNHA;FIGUEIREDO, 2013); no desenvolvimento teórico-metodológico da visita domiciliar; na revitalização de conselhos locais de saúde e na articulação entre os diversos dispositivos de educação permanente em saúde, entre outros. A proposta de atuação da preceptoría de território no campo da gestão desenvolveu apoio institucional aos gestores dos CSF, à gestão do Distrito de Saúde e se potencializou a articulação de redes sociais de forma intersetorial.

Além dos processos de facilitação social (LOURAU, 2004), através da inserção comunitária e institucional dos residentes, a preceptoría de território também desenvolveu

o plano de atuação no campo da educação na medida em que trabalhou para formação dos residentes. Nesse sentido, tem como campo teórico as áreas de Política, Planejamento e Gestão, Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia Social, Educação Popular em Saúde, Saúde, Ambiente e Trabalho. Esse processo foi desenvolvido no cotidiano do trabalho, na roda de equipe dos residentes, que se constituía em um espaço de encontro semanal, com os objetivos pedagógico, organizativo e terapêutico, e nos grupos de estudo quinzenais, espaço de reflexão teórica que aprofundava as questões de campo comum de conhecimento.

Essa metodologia desenvolveu a proposta de atuação/práxis da preceptoria de território a partir da construção coletiva do Projeto Político Pedagógico da RMSFCF, de forma compartilhada e complementar com a preceptoria de categoria, que constitui uma atuação que emerge no núcleo específico das profissões inseridas no programa.

Desse modo, compreendemos como cenários de atuação a gestão, através do apoio e análise institucional, e a educação, através de dispositivos de ensino e aprendizagem que emergem do cotidiano de trabalho por meio da aprendizagem significativa. No desenvolvimento dessa proposta de atuação, surge uma indissociabilidade entre gestão, atenção, ensino e pesquisa, o que torna a práxis do preceptor de território uma atuação complexa, com bases epistemológicas, teóricas e metodológicas alinhadas com os pressupostos do Sistema Saúde Escola. Essa articulação é constitutiva do campo de organização dos Sistemas Saúde Escola, como colocam Soares et al (2008,p.9)

Para além das estruturas onde se concentram boa parte dos processos ensino-aprendizagem na educação tradicional, o Sistema Saúde Escola não se restringe a prédios, professores, currículos e um programa de aprendizagem, tal e qual delimitado por esta concepção tradicional. Por outro lado, não pode ser acusado de espontaneísta; ao contrário, trata-se de uma proposta alicerçada em profundas concepções filosóficas e pedagógicas, na qual há rigor metodológico, metas a serem cumpridas, e facilitadores para cuidar da dinâmica do processo.

Compreendemos que ainda temos muitos desafios no desenvolvimento dessas práxis e que existem pistas (DANTAS et al, 2012) ou diretrizes metodológicas que despontam das bases jurídicas normativas dos dispositivos de Educação Permanente, do campo discursivo da Saúde Coletiva na América Latina e da práxis desenvolvida nos serviços de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o presente artigo objetivou apresentar o saber fazer do preceptor de território, considerando o seu campo de atuação entre gestão e educação com ênfase na saúde coletiva atuando com o seguinte conjunto de saberes e práticas: política, planejamento e gestão, ciências sociais e humanas, saúde, ambiente e trabalho, edu-

cação popular, educação permanente em saúde, análise institucional, metodologias participativas e nos processos de ensino-aprendizagem, com a perspectiva da educação libertadora.

Frente ao exposto, percebemos que esse fazer tem sido desenvolvido em diversos contextos sociais, como em estratégias de educação permanente em saúde, e se constituiu em um campo de uma atuação extremamente potente para a atuação de atores implicados com a Saúde Coletiva.

Destacam-se dois campos de prática a partir das experiências institucionais desenvolvidas: 1o) Preceptorial de Território como apoio institucional a gestão em saúde: atuação de apoio institucional a gestão em saúde, apoio aos Distritos Sanitários de Saúde, apoio aos Centros de Saúde da Família, desenvolvimento de estratégia no âmbito da inserção comunitária em saúde/ territorialização, desenvolvimento de estratégias de acolhimento, desenvolvimento de estratégias de clínica ampliada, desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da participação popular, desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde. 2o) Preceptorial de Território como estratégia de educação na saúde: planejamento pedagógico, acompanhamento dos processos de ensino aprendizagem, docência em serviço, avaliação educacional, construção de metodologias ativas de ensino aprendizagem da Residência de Medicina de Família e Comunidade, Projetos de Educação Popular em Saúde, Especialização em Saúde, Residência Integradas e/ou Multiprofissionais de Saúde, Projeto de Extensão como Projeto Liga de Saúde da Família, Curso à Distância.

Aponta-se como possível desdobramento da reflexão produzida neste trabalho que a preceptorial de território é um espaço privilegiado para atuação do sanitarista. Além disso, consideramos a atuação e o desenvolvimento teórico da preceptorial de território um processo em construção.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. Medidas de experiência e cienciometria para avaliar impacto da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.4, p.814- 824, agosto 2013.

BARRETO, I.C.H.C; ANDRADE, L.O.M; LOIOLA, F; DENNIS, J.L; ELLERY A.E.L.; BASTOS, A.V. Sistema de Saúde Escola: estratégia de educação permanente para sistemas universais de saúde. In: ANDRADE, L.O.M; SILVA, H.P; GADELHA, C.A.G; COSTA, L; SOUZA, L.E.P **Conhecimento e Inovação em Saúde: experiência do Brasil e do Canadá**. Campinas, Saberes, 2012a.

BARRETO, I.C.H.C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 21, supl.01, p.80-93, maio 2012b.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília, Plano Editora, 2002.

BOSI, M.L.M. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: panoramas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.

CAMPOS, G.W.S; CUNHA, G.T; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo, HUCITEC, 2013.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. **Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saude soc., São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 48-51, mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500008>.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 400-410, 2004.

CECCIM, R. B; FAJARDO, A.P. O exercício da preceptoría em residências multiprofissionais em saúde no Brasil: o possível como potência. **Anuário: Produções Científicas do Grupo Hospitalar Conceição**. v. 6, p. 02-136, 2013.

COSTA, P.P. **Dos projetos a política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. Dissertação. Mestrado de Políticas de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DANTAS, V.L.A.; LINHARES, A.M.B.; SILVA E.J.; LIMA, R.F.; SILVA, M.R.F; ANDRADE, L.O.M. Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 21, p. 46-58, maio 2012.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, G.W.S; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, C.A concepção teórico-metodológica Paideia e sua aplicação no Apoio Institucional, no Apoio Matricial e na Clínica Ampliada e Compartilhada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983-995, dezembro 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 51, p. 30-37, 2014.

GÓIS, C.L. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

HADDAD, Q.J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington,DC:OPS,1994.

LEAL, M.B; CAMARGO JÚNIOR, K.R. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface**. Botucatu, v. 16, n.40, p.53-66, 2012.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 17, n.3, pp. 621-626, março 2012.

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado:** o desafio de reconhecê-lo como saber válido. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. Acesso em 05 de junho de 2015.

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778 – 1797, 2011.

PARENTE, R. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional de Saúde da Família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**. Sobral, v. 7, n.2, p.1-105, 2008.

PASSOS, E; KASTRUPV; ESCÓSSIA,L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2005:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, CE, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2006:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, CE, 2007.

RIGOTTO, R.M; SANTOS, A.L. **Território e territorialização:** incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. Trabalho, Educação e Saúde (Impresso). Rio de Janeiro, v.8, p.387-406, 2010.

SOARES C.H.A.; PINTO V.P.T.; DIAS M.A.S.; PARENTE, J.R.F.; CHAGAS, M.I. Sistema Saúde Escola de Sobral-CE. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 7, n.2, p.7-13, jun/dez, 2008.

VASCONCELOS, M.F.F; MORSCHEL, A. **O apoio institucional e a produção de redes:** do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface*. Botucatu, v. 13 (Supl 1), p.729-38, 2009.

WENGER, E. **Communities of Practices:** learning, meaning and identity. Cambridge University Press, 1998.

Preceptoria na formação em saúde: um modelo em construção

*Antônio Medeiros Júnior
Denise Lopes Timóteo Burger
Francijane Diniz de Oliveira
Ligiana Nascimento de Lucena*

I INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS - nasceu em um momento em que o país vivenciava novas perspectivas na construção de políticas sociais. Além das mudanças no rumo das políticas públicas, a criação do SUS também coincide com profundas transformações do perfil epidemiológico da população brasileira, dos padrões de exercício profissional, da inserção no mercado de trabalho na área da saúde e da organização do serviço, dos sistemas e das práticas de saúde (RIBEIRO, 2012).

O cidadão brasileiro obteve grandes conquistas com a formalização de uma política de saúde organizada em um sistema único sob a responsabilidade das três esferas de governo. Dos princípios introduzidos por essa política, a universalidade do acesso talvez seja a que trouxe impacto mais imediato na oferta de ações de saúde (BRASIL, 2007). No entanto as práticas exercidas nos serviços de saúde permanecem nas concepções e formatos antes praticados. Como mudar essa situação, então?

O processo de formação profissional poderia ser uma das respostas para essa indagação. Porém, ele é um dos maiores entraves ou, talvez, o maior deles, o que dificulta a implementação do SUS e de suas diretrizes, uma vez que a organização do sistema educacional brasileiro geralmente é conduzida de forma dicotomizada e recortada do ambiente social e da realidade da prática onde é executada (CECCIM, 2008).

A educação profissional para o SUS foi, por muito tempo, um dos pontos mais negligenciados, possivelmente por não ser prioritário o fortalecimento de um mo-

delo que incorpora a participação social como integrante e substancial nas tomadas de decisões.

[...] Contudo, a rapidez das transformações em curso e a volatilidade da base cognitiva dos perfis profissionais impõem uma formação cada vez mais ampla, requerendo a construção de uma sólida base científica, ética e cultural, e o domínio de ferramentas de avaliação crítica do conhecimento e das transformações mundiais, atributos necessários para um exercício profissional especializado, instável e mutante. (RIBEIRO, 2012, p. 79).

A formação praticada nas universidades brasileiras tornou-se alvo de reflexões em busca de conduzi-la a provocar mudanças sociais com perspectivas de transformações também no planejamento e na qualidade das práticas dos serviços ofertados. Todo esse contexto expõe a necessidade urgente de mudanças nas concepções formativas para o SUS.

Dentro da proposta de educação permanente e reordenação do sistema de saúde do Brasil, a Estratégia Saúde da Família – ESF - traz ao cenário educativo em saúde um novo quadro de preceptores, com possibilidades de contribuir para a construção de conhecimentos socialmente relevantes, a partir de uma perspectiva crítica e democrática dos processos educativos no sistema público de saúde.

Dentre os vários aspectos relevantes deste processo, acredita-se que o preceptor seja um ator que deva ser considerado como substancial para o acontecimento das mudanças propostas. Portanto, a preceptoria pode ou não potencializá-las na educação em saúde, a depender de como esteja sendo praticada.

Trajman (2009) refere que a preceptoria é desenvolvida a partir do envolvimento dos profissionais com as atividades de supervisão e de orientação de estudantes graduandos e pós-graduandos em saúde, e como a inserção dos estudantes na rede é um trabalho de mediação entre teoria e prática, a maneira de educar na saúde pode e deve ser estimulada numa perspectiva transformadora.

A preceptoria voltada ao ensino em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, é indissociável da prática dos serviços, e é construída, implícita ou explicitamente, à luz da mesma ótica que os organizam, transformando-os ou reproduzindo-os.

O profissional tem papel fundamental, pois fomenta a possibilidade de educação em serviço, da aproximação de estudantes com a realidade do mundo do trabalho, da subjetividade da saúde, da aprendizagem dentro das prerrogativas de uma educação permanente voltada para as necessidades e das expectativas de saúde dos cidadãos daquele território e contexto, exercendo, enfim, a preceptoria.

A preceptoria deve ser pensada no contexto da formação e da educação permanente em saúde, com vistas a possibilitar ao aluno uma prática profissional que fuja das rotinas engessadas em protocolos desatualizados, que dificultam a tomada coerente

de decisões na promoção, prevenção e restauração da saúde. Ela, dentro da Estratégia Saúde da Família, pode resgatar o potencial de formar melhor o profissional, fazendo-o reflexivo e questionador ao criar um ambiente de troca de conhecimento prático e acadêmico com o compromisso de fazer o melhor para os usuários, seja individualmente ou em equipe. (RIBEIRO, 2012).

O aprendizado em saúde, priorizando a Atenção Primária, pode potencializar mudanças nas práticas, possibilitar avanços na formação, evidenciando que a ESF é um serviço que se encontra dentro dos contextos de vida da sociedade assistida, permeados por vários desafios, capazes de estimular o alunato a buscar por novas maneiras de entender e fazer saúde.

A existência de pouco aporte normativo a respeito da prática de preceptoría na ESF, traz à tona a necessidade emergente de estudos sobre a temática. O presente estudo poderá contribuir para o entendimento do papel dos preceptores na formação em saúde e ajudar a implementar a Integração - Ensino - Serviço. Ao ser a integração do ensino com o serviço, hoje defendida como necessária para a efetivação das mudanças na gestão e no trabalho em saúde, tanto para a graduação quanto para a pós-graduação, torna-se relevante buscar o que está sendo construído a respeito da prática da preceptoría, em especial na atenção primária, foco principal da formação em saúde no Brasil.

Assim, o presente estudo buscou realizar uma revisão integrativa na literatura para identificar estudos sobre a preceptoría.

2 MÉTODO

Para a revisão integrativa sobre a preceptoría, realizou-se uma pesquisa por método integrado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se o termo “preceptor”, no dia 23 de junho de 2013, com a obtenção de 1252 documentos.

Excluíram-se aqueles que possuíam mais de cinco anos, resultando um total de 527. Em seguida, excluíram-se os documentos de idiomas: alemão, com 7 resultados; francês, com 5 resultados; italiano e holandês, com 1 documento cada. Finalizou-se a pesquisa com um total de 513 documentos, cujos títulos, resumos e palavras-chave foram lidos no período de junho a setembro de 2013, com a finalidade de relacioná-los com: preceptoría, formação em serviço, modelos de preceptoría, preceptoría na atenção primária, avaliação do modelo de preceptoría e papel do preceptor. Os documentos relacionados foram acessados a partir das seguintes bases de dados: Med Line, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), CUMED, Base de dados de Enfermagem - BDEF, Base de dados de Odontologia - BBO, Index Psicologia – Periódicos científicos, Cid Saúde – Cidades Saudáveis.

Desta etapa, restaram 110 resultados que foram lidos na íntegra no mês de novembro de 2013, buscando aqueles que se faziam constantes com relação ao ensino

através do modelo de preceptoria, o que resultou em 30 documentos, sendo 29 artigos e 1 tese de doutorado.

Após a leitura das pesquisas selecionadas na íntegra, prosseguiu-se com a análise e organização das temáticas: o papel do preceptor e a vivência da preceptoria. Com o intuito de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a análise, categorização e síntese das temáticas com base em um questionário validado para levantamento de revisão integrativa, buscando-se verificar a relevância do estudo e o rigor metodológico. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 29 artigos, 20 eram publicações de enfermagem, 08 eram publicações médicas, sendo uma publicação de nutrição, e a tese era de doutorado em medicina. Nenhum artigo que trabalhasse a preceptoria em abordagem multiprofissional foi encontrado, o que traz à tona a escassez de estudos a respeito do tema.

De acordo com suas origens, as publicações estavam distribuídas da seguinte maneira: Brasil com 08 publicações, Canadá com 05, Estados Unidos e Austrália com 04 publicações cada, Suécia com 03 documentos, Irlanda com 02 e Jordânia, Noruega e Taiwan com 01 documento cada. As publicações em língua portuguesa foram todas de pesquisas da preceptoria no ensino médico. A tese era de doutorado em medicina, da escola de saúde pública Jorge Arouca no Brasil.

Em relação à metodologia, 20 apresentavam abordagens qualitativas, incluindo a tese de doutorado, com variados métodos de pesquisa e análise, 02 com abordagem quantitativa e 07 revisões de literatura, 01 quali-quantitativa.

Com relação ao local onde foram realizados os estudos, 29 publicações citavam serviços hospitalares secundários e terciários, incluindo a tese de doutorado, 01 referiu-se à atenção primária.

3.1 Entendendo o papel do preceptor

A preceptoria é entendida como um método de ensino-aprendizagem em que cada aluno é atribuído a um preceptor para que ele possa dotá-lo de experiência prática. As suas práticas profissionais diárias servem de modelo e o desenvolvimento de competências clínicas do alunato é o seu foco primário, sendo ele responsável direto pela avaliação dessas aquisições no período em que o estudante permanece em serviço. (FOLEY, et al., 2012).

A revisão integrativa da literatura realizada por Omansky (2010), em busca do entendimento do papel do preceptor na formação discente e de quais são as expectativas

desses profissionais que realizam essa prática, destacou que essa função é tida como uma atividade complexa e de muitos aspectos positivos e negativos. A identificação do papel de preceptor revela uma dicotomia na sua prática, havendo um grande distanciamento entre o papel previsto e o realizado, demonstrou também que o preceptor é utilizado como modelo de educação na Inglaterra, Estados Unidos, Suécia e Austrália devido à escassez de docentes na área de enfermagem, transformando o modelo de preceptoria em uma alternativa a essa realidade.

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, a preceptoria é mais utilizada para melhorar as habilidades clínicas de recém-contratados. Ela é entendida como a instrução clínica de curto prazo exercida por profissional experiente. (NEWTON et al. 2013; HENDERSON; EATON, 2013; MARAN et al. 2012).

Baxter (2013) refere que existe uma grande perda, por parte dos serviços de profissionais de enfermagem em seu primeiro ano de trabalho, devido à inexperiência desses profissionais, que acabam por não resistir às pressões existentes no mercado de trabalho. Uma alternativa para essa realidade é a utilização de preceptores nos primeiros meses de trabalhos de recém-contratados.

A prática de preceptoria pode diminuir a redução de recursos humanos, uma vez que faz do recém-graduado mais confiante e com experiência para lidar com as tensões do dia a dia de trabalho. O preceptor deve ser valorizado durante a formação de novos profissionais, pois ele pode, quando bem qualificado, facilitar a socialização, ensinar a técnica, ajudar a desenvolver o pensamento crítico e orientar sobre a prática da clínica. (BAXTER, 2013).

Após avaliar a implantação de um programa de preceptoria para enfermeiros recém-contratados em um hospital de Taiwan, Lee (2009) constatou a diminuição do número de demissões no primeiro ano de contrato em 46% em relação ao ano anterior. Outros pontos verificados na pesquisa foram a diminuição de erros em administração de medicamentos, a queda de pacientes com taxas também inferiores às encontradas antes do programa, além da melhora da satisfação dos pacientes no que se refere às expectativas relacionadas aos profissionais do serviço.

Walker e Grosjean (2010) buscaram na literatura a definição do papel de preceptor a partir das percepções de graduandos de enfermagem e medicina. O foco inicial seria o de nutrição, como a busca se configurou com pouco aporte teórico para essa profissão, então foram incluídas outras profissões de saúde e, assim como em nossa busca, foi revelado um maior número de publicações em enfermagem e medicina.

Para os estudantes de enfermagem e medicina do estudo de Walker e Grosjean (2010), o preceptor deve ter conhecimentos técnicos, porém deve permitir que os alunos expressem suas opiniões, buscando construir seus conhecimentos e tratá-los como colegas. O bom preceptor, na opinião dos estudantes, deve ter: experiência e conhecimento; conhecimento clínico atual; bom julgamento clínico; ter postura ética; ser um profissional acessível e disponível; realizar avaliações de forma justa e honesta;

respeitar sua experiência e opiniões; ter boa comunicação e habilidades de escuta, além de entusiasmo e afabilidade.

O preceptor ainda tem papel controverso, afirmam Botti e Rego (2011), pois ele exerce múltiplas funções e representações. É possível pensar no preceptor como educador, como bom clínico, como ativador de reflexão do aluno. As características de um bom preceptor, identificadas por Wilson (2009), são: experiência, carisma, empatia, atitude de apoio, compromisso, responsabilidade, competência docente, acreditar no que faz e competência técnica.

O preceptor exerce a função, algumas vezes, de conselheiro e de observador quando observa a atividade exercida por seu neófito, com vista a oferecer um feedback e, se necessário, melhorar a prática desse neófito. Nesse momento, o preceptor torna-se também responsável por sua formação moral e ética, possibilitando-lhe, através de exemplos na prática, a reflexão sobre condutas e relações com os seus pacientes. (BOTTI; REGO, 2011).

Em seu estudo, Botti e Rego (2011) observam que o papel do preceptor converge para os conceitos de tutor, mentor e supervisor, de acordo com a percepção de seus entrevistados (preceptores de residência médica). No entanto, o preceptor tem função primordial de educador, pois é ele que deve identificar os momentos em que a aprendizagem pode ser estimulada, fornecendo possibilidades para o aluno crescer através da clínica. Ele tem como grande desafio oferecer uma educação ética e técnica ao estudante, através de sua prática profissional.

O preceptor deve ser um bom clínico, um educador, um exemplo de conduta moral e ética, um ativador de reflexões, ele deve, a partir de sua prática profissional, possibilitar instrução de novos profissionais com vista à execução competente da clínica. (BOTTI; REGO, 2011).

A função de preceptor, em dados momentos, confunde-se com a de mentor, supervisor e tutor. Em alguns textos encontram-se essas funções como sinônimos, são exemplos disso as pesquisas de Omansky (2010), Maran (2012) e Henderson; Eaton (2013). Percebendo essa proximidade semântica como possível causadora de confusões nas definições destes papéis, Botti (2009) realizou um estudo em que criou um demonstrativo dos conceitos, atribuições e competências de cada um.

Para Botti (2009), o preceptor é responsável por ensinar a clinicar por meio de instruções formais, com determinados objetivos e metas. Ao integralizar os valores da escola e do trabalho, o preceptor atua em seu próprio ambiente profissional, com situações clínicas reais, e é o responsável pela avaliação de seu estudante. Para um profissional exercer a função de preceptor, ele deve ter competência pedagógica.

Já o supervisor trabalha em função da boa execução de uma prática, uma vez que ele é responsável por observar o exercício de uma atividade profissional em busca da certeza de que o profissional ou aluno está executando-a bem. É, ainda, responsável

por modificá-la caso a prática não se configure da melhor maneira possível. Ele também atua nos ambientes reais de trabalho, porém pode atuar em situações fora do ambiente clínico e avaliar o procedimento. Para executar a função, necessita ter alto grau de perícia técnica e capacidade de proporcionar aos supervisionados a reflexão sobre as ações executadas por eles. (BOTTI, 2009).

O mentor é a pessoa que guia, orienta e aconselha em relação aos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Ele atua na vida, porém, fora do ambiente clínico de trabalho, não realiza avaliação e configura-se como uma pessoa que tem a capacidade de responsabilizar-se, de servir como um guia, oferecendo suporte para estimular o raciocínio crítico. Ele deve ser capaz de ouvir e estimular justificativas através de questionamentos. (BOTTI, 2009).

Por fim, o tutor é o personagem responsável por guiar e facilitar o processo de ensino e aprendizagem centrado no aprendiz e atuar nas revisões das práticas. Ele trabalha nos ambientes escolares, deve ter capacidade clínica e competência pedagógica para ensinar ao alunato como aprender a aprender e compreender a profissão em sua essência. (BOTTI, 2009).

Definindo cada um dos papéis a partir desses conceitos, ainda se percebe a complexidade do papel de preceptor, pois, em dados momentos, ele configura-se enquanto mentor, supervisor e, até mesmo, tutor. O papel do preceptor, que se apresenta nas pesquisas de percepção, gera confusão de conceitos, o que conduz a questão à execução de práticas diferenciadas. Muitos acreditam que o preceptor é bem mais que apenas um professor da clínica ou da técnica em si. Há o pensamento de que ele é um exemplo de profissão e, também, de vida para os estudantes, atuando, nesse momento, como um mentor. A separação clara no entendimento dos conceitos de cada uma dessas funções não é facilmente percebida, o que pode gerar comportamentos diferentes para os alunos no processo de ensino-aprendizagem. (BOTTI; REGO, 2011).

O comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação do discente no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho e na interação com a equipe, pois ele deve estimular o aluno a articular os conhecimentos teóricos apreendidos com a prática vivenciada no serviço. Entretanto, isso pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel do preceptor e de suas competências pedagógicas. (HENDERSON; EATON, 2013).

As habilidades pedagógicas dos preceptores não são muito abordadas na literatura, porém elas podem ajudá-los a entender qual seu real papel na formação em saúde e, por consequência, otimizar o serviço e o ensino. (CARLSON; HANSON; PILHAMMAR, 2010).

3.2 Vivenciando a preceptoria

A experiência vivenciada por preceptores em sua prática pode servir para fortalecer, estruturar e melhorar suas ações em serviço. A preceptoria é utilizada como principal forma de instrução clínica em vários locais do mundo, com objetivos de oferecer a graduandos ou recém-graduados uma melhoria de sua clínica. (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

A prática de preceptoria pode trazer benefícios para os estudantes quando fornece a possibilidade de integração de seus conhecimentos teóricos com a realidade que ele enfrentará enquanto profissional, minimizando suas ansiedades, fornecendo confiança, aumento de conhecimento, habilidades e autoestima. (SMEDLEY; PENNEY, 2009; PHILLIPS et al., 2013).

O estudante pode experimentar situações conflituosas na relação com o preceptor, uma vez que aquele exerce, em muitos momentos, funções semelhantes às de seu preceptor, tendo que atuar em serviços com normas pré-definidas e com equipes com um processo de trabalho pré-estabelecido, em que a inserção de um novo membro poderia trazer tensões. (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

Henderson e Eaton (2013) destacam o comportamento do preceptor como algo que afeta diretamente a atuação do acadêmico no processo de ensino-aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe e, conseqüentemente, na sua formação profissional. O preceptor pode ajudar o discente a articular seus conhecimentos teóricos com as práticas vivenciadas no serviço. Para isso, Chen; Hsu e Hisieh (2010) observaram que a identificação do preceptor com a função de ensinar é ponto relevante para tais práticas e, portanto, é um dos elementos mais importantes para uma boa preceptoria.

O profissional tem vários estímulos para manter-se na prática de preceptoria. Segundo Luhanda; Dickieson e Mossey (2010), alguns deles são: retribuir o momento em que no passado foi auxiliado por um preceptor; contribuir para a melhoria da profissão por meio da instrução de profissionais qualificados e comprometidos; incentivar atualizações teóricas; satisfação pessoal; melhoria do serviço.

Uma pesquisa com 41 preceptores de clínica geral, no intuito de descrever o porquê dos profissionais permanecerem na preceptoria apesar das dificuldades e da complexidade do papel, levantou que o estudante traz variedade à prática do preceptor. Isso possibilita uma assistência mais variada na rotina do consultório e estimula o pensamento clínico do preceptor, pois faz esse profissional pensar e questionar-se a respeito da sua prática. O acadêmico, muitas vezes, está com informações mais atuais, o que ajuda o preceptor na sua própria atualização. Outro estímulo levantado pelo estudo faz referência à percepção do preceptor sobre a melhora da clínica do aprendiz, o que traz satisfação pessoal ao profissional por perceber que seu trabalho contribui diretamente para melhorar o ordenamento de um novo profissional. (WALTER et al., 2011).

Para exercer a preceptoria, Hjalnhult; Haaland e Litland (2013) mencionam em seu estudo que o profissional deve equilibrar o dia a dia do trabalho com as necessidades educativas dos estudantes e essa é, na maior parte das vezes, uma tarefa que o preceptor executa sem apoio formal. O excesso de trabalho é um dos entraves mais citados para os profissionais manterem-se como preceptores. (CHANG, et al., 2013).

Hjalnhult; Haaland e Litland (2013); Mccarthy e Murphy (2010) trazem que, devido a dificuldades para a alocação de preceptores, não é exigida nenhuma instrução específica a essa função, bastando apenas a experiência clínica no serviço/especialidade em que o acadêmico esteja recebendo orientação. Chang et al. (2013) e Jesus; Ribeiro (2012) completam que esse fator gera insegurança e, muitas vezes, a recusa de profissionais em exercer a preceptoria, porque eles não se sentem preparados para assumir a responsabilidade da educação de outro profissional, além de haver o aumento do estresse no trabalho, pois o preceptor em destaque deve oferecer ao neófito oportunidades de aprendizagem sem prejudicar o atendimento de seus usuários.

O apoio ao profissional para a execução da preceptoria é fundamental para o seu sucesso, e pode ser exercido tanto por professores das unidades de ensino quanto por gestores dos serviços. Chang et al. (2013) observam que a falta de apoio é um dos desafios mais frequentes no papel do preceptor.

Em seu estudo a respeito do apoio recebido por preceptores de enfermagem no norte canadense, Luhanga; Dichieson e Mossey (2010) destacam que a falta de comunicação com os professores das universidades é um grande desafio para o cumprimento do papel do preceptor, em especial quando se trata de graduandos de difícil orientação. Hallin; Danielson (2009) referem que o professor acessível é um fator preponderante na decisão do profissional de tornar-se ou não preceptor. Da mesma forma, ressaltam a preparação formal para exercer a função, o que o torna mais seguro e receptível para exercer esse papel.

Na Jordânia, realizou-se um projeto experimental para a instrução de preceptores com o objetivo de constituir um grupo de controle e avaliar a eficácia do programa de treinamento para preceptores. O estudo demonstrou diferenças significativas com relação à melhoria da instrução clínica dos participantes, uma vez que os preceptores conheceram qual seria seu papel dentro do processo educativo, permitindo-lhes trabalhar de forma mais objetiva com os acadêmicos. Fica claro que a formação prévia para exercer a preceptoria é fundamental para garantir um ensino da clínica, aumentando a eficácia da aprendizagem em serviço. (AL- HUSSAMI, et al., 2011).

Já na pesquisa de Duffy (2009), preceptores que passaram por curso de preparação disseram que apenas o curso não contempla todas as necessidades da função. Especialmente, quando se considera a avaliação de estudantes e a dificuldade de gerenciamento do tempo dispensado com o estudante sem prejudicar o serviço. Para isso, há a necessidade, além de capacitações, da gestão da jornada de trabalho, da aproximação e do apoio dos outros atores envolvidos no processo.

Preceptores que participaram de capacitações para melhorar suas habilidades pedagógicas tiveram maior satisfação pessoal em trabalhar com o aluno, aumento de sua segurança ao oferecer ensino clínico, além da oferta ao discente do reconhecimento e do entendimento claro de seu papel dentro do processo ensino-aprendizagem. (JESUS; RIBEIRO, 2012; HALABI, et al., 2012).

A preparação formal para exercer a preceptoria traz impactos para o serviço e para a aprendizagem do acadêmico. A utilização de técnicas pedagógicas pode aperfeiçoar o tempo gasto durante a interação preceptor-estudante, não prejudicando o processo de trabalho do serviço e, com isso, mantendo o número de atendimentos exigidos por gestores. O fato de exercer a preceptoria não minimiza as cobranças para efetivação de sua produtividade. (BAKKER; PITTIMAN, 2010).

O profissional pode garantir o cumprimento das necessidades de atendimento da mesma forma que os profissionais não atuantes da preceptoria. Essas são as principais dificuldades enfrentadas para vivenciar o papel de preceptoria em qualquer lugar do mundo. Os processos de trabalho nos serviços de saúde exigem manutenção de metas assistenciais e resultados eficazes, e isso alguns não conseguem atingir quando estão realizando a atividade de preceptoria, fazendo com que muitos desistam de tal papel. (BAKKER; PITTIMAN, 2010).

Algumas técnicas são utilizadas por preceptores que participaram de qualificação específica para a função, é o que demonstra o estudo de Carlson; Hanson e Pilhamm (2009). Essas técnicas variam do ensino mais centrado no preceptor, em que o profissional profere palestras sobre o que está sendo visto na prática clínica, usando perguntas dialógicas que induzam o estudante a um pensamento mais reflexivo para nortear suas ações.

A prática de ensino com base na reflexão-ação ainda não é realizada de forma satisfatória. No tocante a esse estudo, a gestão do tempo dedicado ao aprendiz pelo preceptor é o ponto crítico para as dificuldades de uma educação que busque o desenvolvimento de habilidades exigidas para o novo profissional de saúde. (CARLSON; HANSON; PILHAMM, 2009).

A participação dos preceptores na construção das estratégias de formação e de avaliação ainda é incipiente e, muitas vezes, desconsiderada - existem dificuldades de inserir o preceptor nessas ações. (LUHANGA; DICKIESON; MOSSEY, 2010).

A demanda exacerbada do serviço é um dos obstáculos mais citados pelos profissionais para trabalhar melhor o ensino em serviço. Esse fator traz frustrações aos profissionais e, quase sempre, prejudica a aprendizagem do aluno, o que pode causar tensionamentos nos preceptores, levando-os a não aceitar a preceptoria por medo de falhar e não possibilitar a formação de um bom profissional. Além da sobrecarga de trabalho, a falta de apoio formal à educação nos serviços de saúde tem sido outra grande dificuldade enfrentada para a implantação do modelo de preceptoria, uma vez que

reforça o desinteresse na cooperação com a formação por parte dos profissionais da assistência. (MCCARTHY; MURPHY, 2010; BAKKER; PITTIMAN, 2010; DUFFY, 2009).

A forma que o preceptor se relaciona com o aluno está estreitamente ligada a suas práticas profissionais. Missaka e Ribeiro (2011) defendem que o preceptor tem função importante na formação e na aprendizagem prática dentro dos serviços de saúde, pois aquele exerce função de ensino, embora isso não seja reconhecido.

Sabe-se que o modelo de preceptoria é amplamente executado como proposta primeira para o ensino na área da saúde em várias partes do mundo, mas o que se evidencia é que ainda é incipiente o apoio à manutenção e melhoria desse modelo. O que se observa é que o preceptor ainda é ator marginal na formação profissional em saúde.

Outro ponto relevante é a avaliação desse modelo. Embora a preceptoria seja executada em muitos países, sua avaliação como forma eficaz de integração ensino-serviço é escassa. Nessa exploração em busca de estudos para a preceptoria, apenas dois deles realizaram pesquisas para avaliar e comparar dois métodos: o modelo de preceptoria e o modelo de professor clínico, onde o professor é contratado pela universidade ou unidade de ensino. (GROXON; MAGINNIS, 2009; NEWTON, et al., 2013).

O professor clínico teve mais possibilidades de oferecer respostas aos estudantes do que o preceptor, pois aquele estava voltado apenas para o aprendiz, sem ter que se dividir com a assistência. A inserção e a interação do aluno com o serviço e com a equipe junto ao preceptor foram melhores, pois ele, por fazer parte do serviço, conseguiu deixá-lo mais à vontade com o restante da equipe de trabalho. O que apenas corrobora as evidências dos outros estudos com relação à sobrecarga de trabalho, quando o profissional divide a jornada de trabalho nas atividades de ensino e assistência concomitantemente. (GROXON; MAGINNIS, 2009; NEWTON, et al., 2013).

A preceptoria foi avaliada por Carlson; Hanson e Pilhamm (2009), que realizaram um estudo etnográfico com imersão no serviço por meio de observação direta das ações dos preceptores, da seguinte maneira: eles são fontes de inspiração para os alunos, que tendem a imitá-los, inclusive em práticas ruins de trabalho. O estudante, com sua prática clínica no modelo de preceptoria, adquire a linguagem ocupacional utilizada no serviço, além de diminuir a lacuna entre a teoria e a prática, pois há um esforço dos preceptores para aprimorar a experiência prática, sempre baseada no conhecimento teórico presente naquele, ajudando-o a pensar de maneira clara em como a teoria seria utilizada para uma boa execução da clínica.

Com a construção de conhecimento em saúde cada vez mais voltada para o serviço e com o aumento de vagas nos cursos profissionalizantes, graduação e pós-graduação, o preceptor passou a ter um protagonismo nessa conjuntura, fazendo parte de um contexto onde a produtividade é o motor dos serviços de saúde. Ser preceptor não é uma decisão fácil porque seu papel, muitas vezes, não é reconhecido. Muitos não são remunerados e não têm tempo específico para a reflexão com o estudante, e seu trabalho torna-se invisível. (BAKKER; PITTIMAN, 2010; MCCARTHY; MURPHY, 2010).

A instrução de preceptores é substancial para a execução do ensino e da avaliação com eficácia, além da melhoria da comunicação entre os atores envolvidos nesse movimento. Essa formação, mais do que a instrumentação técnico-pedagógica, pode ser emancipadora e mobilizadora de recursos internos e sociais, com vistas para um processo de trabalho como lócus no ensino-aprendizagem, permitindo interações entre os atores que podem criar oportunidades pedagógicas permanentes. (JESUS; RIBEIRO, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta revisão, pode-se compreender conceitualmente o termo preceptoria e outros correlatos. Além disso, constata-se a necessidade de discussão desse papel dentro do sistema de formação de novos profissionais.

Apesar da importância, a preceptoria ainda não faz parte do planejamento das rotinas dos serviços, tornando-se em muitos momentos um complicador para o profissional que a exerce diante de vários desafios, tais como: a sobrecarga do serviço, a falta de apoio das instituições de ensino e da gestão e a ausência de uma formação pedagógica para o preceptor.

Os trabalhos selecionados para esta revisão demonstram que os estudos sobre a preceptoria ainda estão restritos a determinada área e ambiente de formação, existindo a necessidade de difundi-los para outros cenários e profissões na saúde. Estes estudos trazem, em sua maioria, a descrição desta prática, ficando sua avaliação em segundo plano. Percebe-se também, com esta busca, a necessidade de trabalhar as questões pedagógicas dos profissionais que exercem a preceptoria, tornando-os mais seguros e com habilidades para alcançar os objetivos almejados para o estudante. Ressalta-se ainda que a atividade da preceptoria sugere que o profissional tenha identificação com o papel e suas atribuições.

Pode-se inferir ainda, a partir dos resultados, que o preceptor é um elemento que pode contribuir de forma substancial com o processo ensino-aprendizagem dos estudantes, em uma perspectiva para uma prática crítica e reflexiva, utilizando o contexto real dos serviços de saúde e sua complexidade.

REFERÊNCIAS

AL-HUSSAMI, M. et al. Evaluating the effectiveness of a clinical preceptorship program for registered nurses Jordan. **The Journal of continuing Education Nursing**, [S.l.], v. 42, n. 12, p. 569-576, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BAKKER, E. R.; PITTIMAN, O. Becoming a super-preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. **Journal of the American Academy of Nurse**

Pract., [S.I.], v. 22, p. 144-149, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BARBEIRO, F. M. S. dos; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. Enfermeiro preceptor de enfermagem: a interação do cenário de prática. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, [S.I.], v. 2, n. 3, p. 1080-1087, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BAXTER, P. E.. Providing orientation programs to new graduate nurses. **Journal for Nurses Development**, [S.I.], v. 26, n. 14, p. 12-17, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BOTTI, S. H. O. de. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 104f. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BOTTI, S. H. O. de; REGO, S. T. A. de. Docente Clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

CARLSON, E.; HANSON, C. W.; PILHAMMAR E. Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education. **Nurse Education Today**, [S.I.], v. 29, p. 522-526, [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CARLSON, E.; HANSON, C. W.; PILHAMMAR E. This is nursing: nursing roles as mediated by precepting nursing during clinical practice. **Nurse Education Today**. [S.I.], v. 30, p. 763-767, [s.n.], 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

CHANG, A. et al. Preceptors perceptions of their role in a pediatric acute care setting. **The Journal of Education in Nursing**. [S.I.], v. 44, n. 5, p. 211-217, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CHEN, Y.; HSU, L.; HISIEH, S. Clinical nurse preceptor teaching competencies: relationship to locus of control and self directed nurses. **Journal for Nurses Staff Development**. [S.I.], v. 26, n. 4, p. 12-17, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

GROXON, L.; MAGINNIS, C. Evaluation of clinical teaching models for nurse practice. **Nurse education in practice**, [S.l.], v. 9, p. 236, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

DUFFY, A. Guiding students through reflective practice. The preceptor's experiences: a qualitative descriptive study. **Nurse Education in Practice**, [S.l.], v. 9, p. 166-175, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FOLLEY, V. E. et al. Preceptorship: using an ethical lens to reflect on the unsafe student. **Journal of Professional Nursing**, [S.l.], v. 28, n.1, p. 27-33, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HALABI, O. J. et al. The development of a preceptor training program on clinical nurse education in Jordan in collaboration with Sweden. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, [S.l.], v. 43, n. 3, p. 1-11, set. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HALLIN, K.; DANIELSON, E. Bring a personal preceptor for nursing students: Record nurses' experiences before and after introduction of preceptor model. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 65, n. 1, p. 161-174, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HENDERSON, A.; EATON, E. Assisting nurses to facilitate student and new graduate reading in practice settings: what's support's to nurses at the bedside need? **Nurse Education in Practice**, [S.l.], v. 13, p. 197-201, set. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HJALMHULT, E.; HAALAND, G. U.; LITLAND, Astrid Synnove. Importance of public health nurses precepting students in clinical practice: a qualitative study. **Nurse Education Today**, [S.l.], v. 33, p. 431-445, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

LEE, T. et al. Effects of a preceptorship program on turnover, rate, cost, quality and professional development. **Journal and Professional Development Journal of Clinical Nursing**, [S.l.], v. 18, p. 1217-1225, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

LUHANGA, F. L.; DICKIESON, P.; MOSSEY, S. D. Preceptor Preparation: an investment in the future generation of nurses. **International Journal Nurses Education Scholarship**, [S.l.], v. 7, n. 8, p. 1-21. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MARAN, D. M. et al. A preceptorship program for newly qualified nurses: a study of preceptor perceptions. **Nurse Education Today**, [S.l.], p. 1-10, 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MCCARTHY, B.; MURPHY, S.. Preceptor`s experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an first context. **Journal of Nursing Management**, [S.l.], v. 18, p. 234-244, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, set. 2011.

NEWTON, J. M. et al. Student centeredness in clinical training: the influence of the clinic teacher. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 68, n. 10, p. 2331-2340, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

OMANSKY, G. L. Staff nurse experience`s as preceptors and mentors: an integrative review. **Journal of Nursing Management**, [S.l.], v. 18, p. 697-705, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

PHILLIPS, S. et al. A preceptorship program for health visitors and school nurses: a pilot study. **Community Pract.**, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 18+, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

RIBEIRO, E. C. O exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. In: **50º Congresso: Avanço Tecnológico em Saúde e Educação**, v. 11. (sup. 1), 2012. Disponível em: revista.hupe.org. Acesso em: 20 mar. 2014.

SOUZA, M. T. SILVA, M. D. da. CARVALHO Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**.2010;8(1):102-6. Disponível em: <http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2013

SMEDLEY, A. PENNEY, D. P. A partnership approach the preparation preceptors. **Nursing education perspectives**. [S.l.], v. 30, n. 1, jan/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

WALKER, S.; GROSEJEAN, G. Desired Skills and attributes for dietitian preceptors. **Reveu Canadienne de la Pratique et de la Recherche en Diététique**. [S.l.], v. 71, n. 3, p. 134-138, set. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

WALTERS, L. et al. Demonstrating the value of longitudinal integrated placements to general practice preceptors. **Medical Education**. [S.l.], v. 45, p. 455-463, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

WILSON, L. L. et al. Supporting and retaining preceptors for NNP programs. **Journal of Perinatal e Neonatal Nursing**. [S.l.], v. 23, n. 3, p. 284-292, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

Encontros entre saúde mental e saúde da família na formação médica no sertão paraibano

Ana Carolina de Souza Pieretti

Ana Karenina Arraes Amorim

Geórgia Sibeles Nogueira

Sofia Dionizio Santos

I INTRODUÇÃO

Instituir a saúde como direito de todos e dever do estado na constituição de 1988 pode ser considerada uma das grandes vitórias que os movimentos sociais conseguiram no momento de transição da ditadura para a democracia. Desde então, tem sido longo o caminho para a consolidação do Sistema Único de Saúde e garantia do direito à saúde para todos. Nessa construção, o fortalecimento da atenção básica à saúde e da integralidade como norte são elementos fundamentais para a estruturação do SUS.

No desafio de reorientar o modelo de atenção vigente até então, a organização do sistema, através da atenção primária à saúde (APS), torna-se imperativa. Starfield (2002) define a APS como o nível do sistema que oferece entrada para todos os novos problemas e necessidades de saúde, centrando-se na pessoa, oferecendo assistência ao longo do tempo e sendo capaz de coordenar a atenção fornecida fora deste nível. Algumas ações nesse sentido já eram ensaiadas, porém, a partir de uma concepção de APS seletiva, como uma “cesta básica” de serviços. Seria necessário, no entanto, estruturar a atenção primária como a porta de entrada e ordenadora de todo o sistema de saúde, pautada pelos princípios do SUS, sob o risco do novo sistema se tornar insustentável e ineficaz. Nessa perspectiva, almejou-se, com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) para o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, a estruturação da APS no país. Em seu surgimento, ambos se vinculam ao modelo assistencial sanitário como programas focalizados dirigidos aos pobres. O PSF, porém, vai sofrendo reformulação e perde sua

característica de programa, no sentido de ação verticalizada paralela às atividades dos serviços de saúde (PAIM, 2011).

Após 20 anos do início do PSF, o que vemos é um panorama muito heterogêneo da APS no país. Em alguns lugares se conseguiu impactar em indicadores como mortalidade infantil (CECCON et al, 2006), construir experiências junto ao saber popular em saúde, articular-se numa atenção em rede e intersetorial. Em outros contextos, as unidades de saúde são meros reprodutores da lógica de consumo de medicamentos e exames, em um ritmo de pronto-atendimento, contribuindo para medicalização e perda da autonomia das pessoas no cuidado à saúde.

Nesse cenário heterogêneo, as demandas de saúde mental se apresentam quase que universalmente como um desafio à APS. Prova disso é que, por exemplo, no inquérito junto aos médicos do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), questionando sobre em quais temas estes necessitariam de maior suporte formativo, eles apontaram a saúde mental como o principal deles, tanto na Paraíba quanto nacionalmente (BRASIL, 2013a). Estudo realizado no Rio Grande do Sul (FONTANIVE, 2009), a partir das necessidades educacionais de médicos participantes do Telessaúde, trouxe problemas associados à área de saúde mental como os mais demandados. Outros autores apontam que, no cuidado em saúde mental, a necessária orientação pela integralidade e a mais perceptível influência dos fatores sociais no processo saúde-doença encontram profissionais despreparados e inseguros, na maioria das vezes, para lidar com esta demanda (BALLESTER et al, 2005; PEREIRA, 2006; SOUZA et al, 2013).

Este é um cenário em disputa e estratégico, também, para a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no país. Em disputa porque, ao mesmo tempo em que sofre forte regulamentação estatal, é cada vez mais permeado pela lógica do consumo em saúde, servindo de triagem para a saúde suplementar, no atendimento por especialistas e exames de média complexidade, e promovendo mais medicalização. Por outro lado, a APS pode ser um espaço estratégico de mobilização comunitária e política e troca de saberes. A proximidade com o território possibilita ao profissional construir uma abordagem mais integral, em que a questão da saúde mental encontre também o seu espaço no cuidado. A desinstitucionalização supõe uma mudança paradigmática na saúde, na medida em que tira o foco da doença mental e seus estigmas e recoloca no sujeito em sua existência global, sendo o espaço da APS fundamental para isto.

Esse capítulo objetiva fomentar uma discussão sobre a formação em saúde mental de médicos generalistas para atuação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, com a perspectiva da desconstrução do modelo manicomial no cuidado em saúde mental. A pesquisa foi realizada em Cajazeiras, sertão da Paraíba, e embasou a transformação de algumas práticas na formação médica que têm sido realizadas e relatadas aqui pelas terceira e quarta autoras.

2 MÉTODO

A pesquisa que originou este capítulo partiu do questionamento sobre como acontece a atenção em saúde mental nas unidades em que se desenvolve a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) em Cajazeiras-PB. Seu objetivo foi investigar as demandas de saúde mental e práticas de cuidado no contexto de ESF e da RMFC em Cajazeiras, a partir do discurso dos profissionais ali inseridos e discutir estratégias de qualificação do cuidado em saúde mental nesse contexto. Para isso, utilizou-se a abordagem qualitativa em que foram realizados grupos focais, envolvendo profissionais de duas equipes da ESF (nas quais estavam incluídos médicos residentes) e uma equipe de NASF. Os dados foram analisados a partir do referencial da análise do discurso.

Ao considerar a construção histórica do paradigma manicomial e a perspectiva de ruptura trazida pelo movimento da reforma psiquiátrica, avaliamos ser essa abordagem a mais adequada, visto que ela possibilita identificar, através das falas, quais sentidos são produzidos no cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental neste cenário (SPINK, 2000). Há uma diversidade de enfoques no estudo de textos que se denominam análise do discurso e, diante dos objetivos propostos, é feita a opção pelo alinhamento com abordagens que se encontram em uma perspectiva pós-estruturalista, sofrendo grande influência de Michel Foucault, visto que este enfoque, mais do que estar interessado nos detalhes dos textos falados e escritos, preocupa-se em contextualizar historicamente os discursos (GILL, 2000). O estudo respeitou os aspectos da ética em pesquisa com seres humanos, sendo autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, através do parecer nº 821.284.

A partir do material analisado, focalizamos aqui no diálogo entre a prática docente da formação de médicos generalistas na graduação e na Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade, fruto da experiência da pesquisadora como docente e das falas dos profissionais participantes. As reflexões suscitadas pela pesquisa fomentaram também o debate sobre a formação em saúde mental dos médicos para atuarem na APS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Saúde mental e saúde da família

Quando olhamos para a categoria médica, percebemos que hoje a formação destes profissionais para lidar com questões do campo da saúde mental, sejam eles generalistas ou especialistas, encontra-se em grande parte mediada pelo paradigma psiquiátrico-asilar, com ênfase na farmacoterapia e na psicopatologia descritiva dos transtornos mentais como categorias universais, ahistóricas e ateóricas. A psiquiatria,

especialidade médica oriunda do alienismo, tenta constituir um discurso de verdade sobre a loucura e tem parte de sua legitimidade junto à sociedade respaldada pela ideia de periculosidade do louco (FOUCAULT, 2006). Ao mesmo tempo, ela vem tentando aproximar-se da medicina em sua face mais cientificista, seja na busca de uma causalidade material, através da anatomia patológica ou da genética (FOUCAULT, 2006), seja no anseio de constituir-se enquanto ciência natural, incorporando os avanços das neurociências, almejando extrapolar evidências funcionais para os comportamentos humanos, em uma releitura da busca inicial do alienismo pela lesão causal da loucura como degeneração mental.

Neste panorama, no que concerne à pós-graduação médica voltada para a saúde mental, ganha destaque o papel das residências em psiquiatria. Estas são pautadas, em grande parte ainda, por uma formação que não abre mão dos manicômios como locus de saber e que têm dificuldade de incorporar o discurso da reforma psiquiátrica, a fim de formar profissionais para atuarem de modo coerente com o paradigma da desinstitucionalização. Por outro lado, ao considerar a política nacional de saúde mental, orientada por esse paradigma, Tikanori (2010) aponta a defasagem de formação de psiquiatras e as necessidades de atuação nos serviços substitutivos e na rede de atenção psicossocial como um todo. Historicamente, como indica Feuerwerker (1998), as residências médicas têm se pautado mais pelos interesses da categoria médica do que do sistema de saúde, o que, neste caso, é visto no lento aumento das vagas para estes cursos, em descompasso com as necessidades do sistema e pelo distanciamento ideológico entre programas de residência em psiquiatria e a formação e estruturação da rede de atenção psicossocial.

É necessário pensar outra forma de tornar os médicos capazes de lidar com as questões de saúde mental que não seja necessariamente através da residência em psiquiatria, como especialidade ainda pautada e sustentada no paradigma biomédico-asilar. No modelo de atenção psicossocial no SUS, pautado pela integralidade, a psiquiatria, como saber isolado e autointitulado como único legítimo para lidar com as questões relativas à saúde/doença mental, não tem lugar, e é contraproducente o modo como este saber concebido tem sido inserido na atenção psicossocial.

Rotelli; Leonardis e Mauri (2001, p. 27) afirmam que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social”. Essa abordagem de separação artificial tem sido transmitida pelos psiquiatras aos estudantes de medicina e aos novos psiquiatras em formação, e orientado a formação médica em saúde mental, mesmo para os não-psiquiatras. Isso acaba se capilarizando para os médicos que estão nas unidades básicas de saúde (UBSs) e nos diversos pontos da rede de saúde.

Em pesquisa realizada no sul do país, Ballester et al (2005) mostram que os médicos apontam a formação que tiveram na graduação como voltada para a formação de especialistas, produzindo um imaginário de que para o atendimento em saúde mental sempre são necessárias longas consultas e o suporte de um time de especialistas.

Isso acaba gerando insegurança e não desenvolve as competências necessárias para o cuidado em saúde mental na APS. Mesmo os profissionais do campo psi (psiquiatras, psicólogos e psicanalistas) têm uma formação acadêmica descontextualizada da atenção primária, dificultando o trabalho neste cenário (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2010). Por outro lado, a dificuldade dos profissionais de ultrapassarem uma conduta extremamente técnica em busca de uma escuta acolhedora pode esconder angústias e defesas não elaboradas em relação ao trabalho em saúde (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2010). Isso demonstra a limitação do atual modelo de formação para desenvolver competências necessárias ao trabalho em saúde mental que não sejam de ordem apenas cognitiva.

Diante deste cenário, em que a formação médica em saúde mental é hegemônica pela psiquiatria asilar, a Saúde da Família pode, por outro lado, ser um campo potente na desconstrução do paradigma psiquiátrico, tornando-se efetivamente capaz de responder às demandas que concretamente aparecem no território e que produzem as diversas formas de sofrimento. A aposta seria de que, através da clínica ampliada e da integralidade do cuidado, teríamos ferramentas para o médico na atenção primária lidar com a singularidade e complexidade de cada situação. Lancetti (2010) aponta como a atuação no território pode engendrar maior complexidade que no cenário asilar:

Na Saúde Mental a pirâmide é inversa: quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico, quando está contido, a situação se torna menos complexa e quanto mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quanto mais se transita pelo território a complexidade aumenta. (LANCETTI, 2010, p. 1)

Nesse sentido, no contexto da formação de médicos em Cajazeiras, sertão paraibano, nos guiamos pelas questões que Amarante (2008) faz sobre a formação em saúde mental: Quem estamos pretendendo formar? Para quem estamos pretendendo formar? Para quem estamos formando? Qual o objetivo de nossa formação? O que pretendemos mudar ou introduzir a partir de nossa formação? A partir da reflexão trazida por estas questões e pela vivência neste território, foi possível experimentar algumas iniciativas na formação em saúde mental de médicos generalistas.

3.2 No sertão da Paraíba, ideias e experiências na formação médica

A cidade de Cajazeiras, no sertão da Paraíba, com cerca de 58 mil habitantes, é conhecida como a cidade que ensinou a Paraíba a ler, por despontar nas atividades educacionais, tendo sua origem a partir de um colégio ao redor do qual o vilarejo foi se conformando no século 19 (IBGE, 2010). Sua vocação para o campo da educação faz com que a cidade hoje tenha cinco instituições de ensino superior tendo, na área

do ensino em saúde, por exemplo, dois cursos de medicina (um público e um particular). Apesar de sua importância regional, a cidade sofre, ainda, com a dificuldade de alocação e qualificação de profissionais médicos para a consolidação da rede local de saúde, possuindo apenas dois médicos que atuam formalmente em saúde mental (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2012b). Na verdade, até 2007, o município contava apenas com 47 médicos, número que irá mais que dobrar (96 médicos) após a chegada do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (CNES, 2012a). A referida cidade possui um hospital psiquiátrico particular com 62 leitos, dos quais 30 são vinculados ao SUS, e não há leitos psiquiátricos no hospital geral regional. Uma residência terapêutica foi inaugurada no ano de 2013, sendo, porém, fechada em 2014, segundo os gestores municipais, pela falta de repasse financeiro federal. Possui três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS II (criado em 2001), um CAPS ad (criado em 2006) e um CAPS infantil (criado em 2009), o que colocaria este município na condição de bem assistido por serviços substitutivos, considerando sua população. Porém, há ainda dificuldades para que esses serviços operem numa lógica diferente da manicomial e articulados em rede, especialmente com a APS. A atenção em saúde mental, na mencionada cidade, acaba seguindo ainda o modelo asilar, já que a rede de atenção psicossocial não consegue prescindir do hospital psiquiátrico local, e este ainda é visto pelos profissionais como referência para o cuidado em saúde mental, como acontece em vários contextos do país (OLIVEIRA et al, 2011).

Em 2009, surge a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Possui duração de dois anos e as atividades dos residentes consistem em atuação como médico, em unidade básica de saúde (UBS) do município, com preceptoría de docentes da UFCG. Os residentes também assistem a aulas teóricas semanais e têm atividades em ambulatórios de especialidades da rede municipal e, ainda, atividades de educação popular em saúde, conforme o que está preconizado, a fim de adquirir habilidades para a prática da assistência e promoção à saúde individual e em nível familiar e coletivo (BRASIL, 2006a). As UBSs em que os residentes atuam também servem de campo de prática para os estudantes da graduação de medicina. Em 2013, fruto de articulação junto a movimentos sociais e egressos de cursos de medicina, a RMFC contava com oito residentes (dois R1 e seis R2), seis deles formados em Cuba a partir da Escola Latinoamericana de Medicina, em parceria com movimentos sociais brasileiros.

Na estruturação do programa de residência, coloca-se a necessidade de pensar na formação destes profissionais e daqueles que já estão na rede, a fim de lidar com as questões relativas à saúde mental. Em uma região com falta de especialistas, e, levando-se em consideração o apelo crescente para que o cuidado ao portador de transtornos mentais aconteça no território, é evidente a importância que o profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família vem a assumir, no cuidado com essas pessoas. Por seu vínculo ao território, pela possibilidade de primeiro contato, coordenação do cuidado e perspectiva de cuidado integral, por constituir-se em um clínico qualificado e

que tem a relação médico-paciente como algo fundamental (LOPES, 2012), o médico de família e comunidade pode desempenhar importante papel nesta linha de cuidados.

3.3 Dificuldades percebidas pelos médicos no cuidado em saúde mental

Na pesquisa realizada, os profissionais apresentam diversas concepções sobre as demandas de saúde mental que chegam às unidades. A partir do que foi percebido no campo, essas demandas são concebidas em três tipos: 1) as demandas que incluem aquilo que consideramos como sofrimento psíquico difuso; 2) as demandas de saúde mental no sentido estrito, que envolvem os transtornos mentais graves e crônicos e 3) as demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Apesar de não aparecerem de forma isolada, estas três ordens de demandas são percebidas pelos profissionais de modo diverso e, conseqüentemente, os desdobramentos práticos são também diferentes, resultando em modos de cuidar heterogêneos.

No lidar com os usuários com sofrimento psíquico difuso, os profissionais de saúde encontram dificuldades em acolher esta demanda e isso gera problemas tanto para as equipes da atenção básica, que acabam não conseguindo agendamento para os profissionais “psi”, quanto para os serviços especializados, que ficam sobrecarregados (FARIA & GUERRINI, 2012). O não reconhecimento, pelos profissionais da APS, dessa demanda como fazendo parte do cuidado em saúde nesse nível da atenção faz com que essas pessoas não encontrem acolhimento ao seu sofrimento, sofrimento este que faz parte da vida e gera implicações no estado de saúde e doença e que, muitas vezes, não exige o atendimento por um especialista, mas, deve a escuta ser feita pelos profissionais que estão no território.

A capacidade de ampliação da clínica e de escuta demandada aos profissionais por esse tipo de atendimento gera angústia e uma busca por justificativas para que esta demanda não seja atendida na atenção básica, como é visto na fala desta médica a seguir:

Nós não temos condições estruturais pra tá (sic) atendendo os pacientes de saúde mental nos postos de saúde, eu penso assim, até porque demanda um tempo, se você quer fazer um bom trabalho, se você quer tratar as pessoas como seres humanos e não como uma doença. Que é assim que são vistos hoje, todo mundo é visto como doença e não como ser humano. Ah, é uma doença, então a gente bota um remédio, pra doença. Então tá (sic) sendo assim, não tá (sic) sendo visto o ser humano, tá (sic) sendo visto o doente, que não tem problema, o doente e a doença. O doente não, a doença, porque a doença não tem problema familiar, a doença não tem filho, a doença não tem pai, não tem mãe, não tem que cuidar. Então não vê essas questões, então trato com medicamento. (médica residente)

Ao mesmo tempo em que se percebe uma visão da profissional que compreende a necessidade de olhar o ser humano para além da sua doença, é notório que a mesma

não vislumbra, com os recursos atuais de que dispõe, a capacidade de lidar com a questão da saúde na perspectiva da integralidade na APS, colocando a demanda do sofrimento mental no campo da saúde mental e dirigindo as mesmas ao especialista psi. A médica deixa de perceber esta demanda como de saúde para a atenção primária, tal como o faz em relação às queixas mais biológicas trazidas pelos usuários no cotidiano da UBS. Ela não considera que as questões familiares, de trabalho, sociais influenciam o estado de saúde, assim como as questões biológicas, configurando-se, portanto, também objeto de ação do profissional de saúde generalista, sobretudo quando pensamos em uma perspectiva de ampliação da clínica, na construção cotidiana de uma clínica centrada no sujeito que é marcado por uma biografia e uma dinâmica corporal que carrega uma enfermidade, mas que não se reduz a esta (CAMPOS, 2007). Coloca-se o desafio para a saúde da família, diante de toda essa complexidade de fatores que é percebida pela profissional, de eleger um novo objeto de trabalho, diferente do que historicamente fez a psiquiatria e a psicologia situando o sofrimento psíquico como objeto específico e não como algo que compõe a vida. No território, cenário da saúde da família, é necessário colocar a doença entre parênteses, como propõe Basaglia (2005a), para voltar a olhar “a existência-sofrimento” e fazer a pessoa entrar novamente em cena, como preconiza Campos (2007). Tratar passa a ser ocupar-se do sujeito para que seja possível transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente em sua vida concreta cotidiana (ROTELLI; LEONARDIS & MAURI, 2001).

Em outras falas, é enfatizada a escuta como uma ferramenta importante para lidar com o sofrimento psíquico difuso, sendo capaz até de evitar o uso de medicamentos. É conflitivo, porém, o entendimento sobre a quem cabe esta escuta. Enquanto algumas falas pontuam a possibilidade de que esta escuta seja feita pela própria equipe ou até membros da comunidade (uma ACS relata um caso que encaminhou ao padre, por exemplo), outras reforçam a necessidade de encaminhamento para um profissional da psicologia ou outro especialista “psi”. Os profissionais apontam que uma saída para aumentar a resolutividade da atenção primária nessas questões seria a inserção deste profissional nas equipes.

Isso evidencia como, diante do sofrimento mental, a fragmentação dos saberes e práticas das diferentes profissões impede um cuidado integral. A redução do objeto da clínica a partir da fragmentação do olhar sobre o sujeito, muitas vezes colocando como seu foco os aspectos biológicos do adoecimento, autoriza a multiplicação de especialidades fragmentando o processo de trabalho em saúde e reduzindo mesmo a capacidade operacional do clínico (CAMPOS, 2007). Campos; Chakour e Santos (1997) assinalam que há uma tendência de que as especialidades façam com que haja um maior encaminhamento aos especialistas, mesmo daquelas situações que antes seriam resolvidas sem esses profissionais. Cria-se uma cultura de dependência em relação aos especialistas, o que desresponsabiliza a equipe pelo cuidado, resultando em fragmentação das práticas e desarticulação entre profissionais, equipes e serviços.

Foi possível observar, porém, algumas tentativas de trazer a perspectiva da integralidade no cuidado. Alguns profissionais consideram que é papel da equipe da atenção

primária estar disponível para a escuta nestes casos em que o sofrimento mental se apresenta como demanda. Entre os médicos, também foram relatadas outras práticas que não se restringiam a encaminhamentos a especialistas ou prescrição de medicação, como no discurso de uma das residentes: “Aí (sic) aqui eu fico mandando ir pra hidroginástica, chá de camomila, o povo lá ri é de mim, viu?” (médica participante). Além da escuta, aparecem o uso de fitoterápicos, o estímulo à atividade física, a preocupação com a questão da sexualidade e o encaminhamento para rodas de terapia comunitária como práticas de que estes profissionais lançam mão para lidar com esta demanda. Quanto a esta última prática, particularmente, os residentes passam a ter contato a partir de projeto de extensão da UFCG, que promove a realização de rodas de terapia comunitária integrativa (TCI) em uma das áreas de ESF em que se desenvolve a residência. A TCI consiste em um espaço de promoção de encontros interpessoais no espaço da comunidade, valorizando as histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, autoestima e confiança em si, ampliando a percepção dos problemas e possibilidade de resolução a partir das competências locais. (BARRETO, 2010).

A visita domiciliar também foi citada por uma das médicas, ACSs e pelo psicólogo do NASF, como importante ferramenta para ampliar a compreensão da situação vivida pela pessoa em sofrimento. Isso é concernente com a perspectiva trazida por Campos (2007), de ampliação do objeto de saber da clínica, tradicionalmente a enfermidade, para incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas. Nesse sentido, a visita domiciliar constitui-se em um aproximar-se do contexto para escutar melhor o sujeito que sofre, o que aumenta a capacidade de resolver problemas, sejam eles estritamente clínicos ou não. No entanto, a médica apresenta a dificuldade de a visita domiciliar entrar na rotina de trabalho em função da pressão pela assistência em consultório por parte da equipe e da comunidade que estão habituados a esse tipo de oferta. Percebemos, então, uma dificuldade na organização do processo de trabalho que possibilite uma real pactuação dentro da equipe das práticas consideradas prioritárias e importantes no cuidado integral, podendo comprometer a execução de atividades fora da unidade de saúde e efetivamente ligadas ao território. Lancetti (2008) ressalta a riqueza do atendimento realizado em casa, propiciando o contato com as pessoas e a comunidade em que estas convivem. Confirma-se, assim, que esta ferramenta da saúde da família pode ser valiosa na busca de uma ampliação do olhar e da prática clínica. Como bem observa Cunha (2005), o conhecimento biomédico hegemônico na clínica tradicional é predominantemente construído na lógica do hospital, sendo insuficiente e até danoso no contexto da atenção primária. Reconhecer que os sujeitos estão imersos em uma teia de forças em que a doença não é o aspecto principal, é reconhecer a singularidade de cada sujeito e abrir novas perspectivas de cuidado.

Outra concepção de demanda de saúde mental que apareceu fortemente nas falas foi aquela caracterizada mais propriamente pelo que a psiquiatria chama de “transtornos mentais graves”. Essa demanda é identificada com a ideia socialmente construída do louco e da loucura, que envolve fenômenos do excesso, do desvio, e estão asso-

ciados à ideia de periculosidade e, enquanto tais exigiam a atenção especializada da psiquiatria e/ou da polícia, no entendimento culturalmente hegemônico.

Apesar do processo de reforma psiquiátrica brasileira, pautado pela perspectiva da desinstitucionalização em sentido amplo (Amarante, 2007), a internação em dispositivos de caráter asilar continua se colocando como forma de lidar com esta demanda percebida pelos profissionais. Essa conduta é reforçada pela legitimidade social desta medida frente à pretensa periculosidade, justificando que lidar com esse sujeito deixa de ser um papel exclusivo dos serviços de saúde e passa a ser compartilhado com a polícia. Uma agente de saúde (ACS), ao relatar a internação de uma mulher após o furto de uma bolsa em um supermercado, a descreve assim: “Ela não temia a ninguém, a única pessoa era a polícia”. A visão que transparece é que a agressividade da usuária só era passível de contenção pela força policial, e não vislumbra outras possíveis estratégias de intervenção frente a uma situação de crise ou maior demanda da usuária.

Que outro modo seria possível? As equipes na atenção básica podem interferir e produzir rupturas com práticas manicomiais como a descrita acima? E qual o papel da atenção primária no lidar com esta demanda? A mesma ACS explica como tem sido esse papel, evidenciando a reprodução de práticas manicomiais em relação ao mesmo caso:

Moral da história: todo mês eu pego a receitinha dela aqui, ela toma a medicação bem direitinho, vive só, não dorme mais na casa do filho, ninguém mais dorme com ela, ela faz a comidinha dela, está altamente normal, mas precisou a polícia, porque ela não temia a ninguém, ela só escolhambava (sic) com todo mundo. (ACSC3).

No entendimento desta profissional, e isto foi comum principalmente na fala dos ACS, cabe à atenção primária garantir (mera reprodução) as receitas dos medicamentos para que estas pessoas estejam “normais” ou “altamente normais”. Essa redução do cuidado à reprodução da prescrição medicamentosa corrobora dados encontrados por Bezerra e colaboradores (2014), entre profissionais e usuários no Ceará.

No caso da nossa pesquisa, a usuária não chega nem a ir à unidade, ser avaliada, questionada sobre os efeitos terapêuticos ou adversos da medicação. A ACS, com a intenção de garantir o cuidado como compreende que deve ser, vai à unidade “renovar a receita”. E caberia à polícia lidar com a disciplinarização do comportamento agressivo da usuária, destituindo, desde o início da intervenção junto a ela, o lugar que poderia caber ao profissional de saúde de construção de vínculo e cuidado. Para Foucault (2006), a medicina e a polícia são algumas das instituições responsáveis pelo exercício do poder disciplinar na sociedade atual. Esse poder se apropria dos corpos e do tempo dos indivíduos, os sujeita, os submete a um sistema de vigilância e de procedimentos de normalização. Diante da construção histórica de um discurso de periculosidade da loucura, polícia e manicômio são complementares nessa tarefa de controle dos desviantes estigmatizados pelo rótulo da loucura. E, recuperando Basaglia (2005b), cabe aos técnicos “adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de

objetos de violência, dando como certo que ser objeto de violência é a única realidade a eles concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que poderão adotar” (p. 95). Neste caso, garantir que a usuária tome regularmente a sua medicação é o papel da ACS, para que ela não recaia na situação esperada de necessitar da violência policial e do manicômio para contê-la.

Além disto, nos discursos analisados, a manutenção da medicação prescrita pelo especialista é o que mais aparece como forma de lidar com esta demanda. Com essa redução do cuidado à medicação, a integralidade não é contemplada em suas várias acepções. Por um lado, prevalece uma visão biomédica de manejo das situações, assumindo o remédio papel central no cuidado. Percebe-se, também, a dificuldade no acionamento de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os quais poderiam cumprir importante papel no atendimento a este tipo específico de demanda e também no matriciamento da equipe da APS, produzindo, assim, práticas compartilhadas de cuidado no sentido da desinstitucionalização. Pouco apareceu, nos relatos, a identificação da demanda e acionamento do CAPS por parte da equipe.

Nesse sentido, foi percebida, também, certa desvalorização do CAPS por parte dos profissionais da atenção primária, visto que, na visão dos médicos, estes serviços contribuem para mais medicalização e estigma. Nessa linha de raciocínio, Dimenstein e Bezerra (2008) chamam a atenção para o fato de que os serviços substitutivos não garantem, por si só, superação das práticas excludentes vindas do modelo manicomial. Na tensão entre o serviço e a cidade, esta, muitas vezes, não é ocupada pelos usuários e técnicos; há falta de articulação entre diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009). Os usuários acabam se cronificando no CAPS ou na rede de saúde mental, como em um circuito que se retroalimenta (ROTELLI; LEONARDIS & MAURI, 2001), ou se cronificam à margem da rede de saúde, como os não infrequentes casos de cárcere domiciliar relatados pelas equipes, e que fazem parte da realidade do seu trabalho no território.

Durante a preceptoría da RMFC, tivemos oportunidade de visitar uma família, em uma das áreas na qual foi realizada esta pesquisa, em que moravam uma senhora e seus dois filhos de meia idade, ambos portadores de psicose. Pela cronicidade dos quadros clínicos e inúmeras internações, nas quais, segundo relatos da senhora, um dos filhos (portador do quadro de maior gravidade) voltava machucado, sem melhora e cada vez mais agressivo; essa mãe acabou por reproduzir um manicômio dentro de sua casa. Ela resolveu reconstruir os quartos como celas e mantém os filhos cativos, a fim de protegê-los dos maus-tratos do manicômio. Além disso, o cárcere privado é condição para se manter morando na sua casa, uma vez que os vizinhos, após tentarem inúmeras vezes retirar a família do bairro, ameaçaram matar os rapazes, caso eles saíssem de casa. Na falta de outras perspectivas de cuidado reconhecidas pela mãe, ela remontou dentro de sua casa, a única forma que conheceu para lidar com a loucura, que é o isolamento, encarcerando os próprios filhos. Até então, nem CAPS, nem ESF, nem NASF tinham se aproximado desta família, a fim de compartilhar o cuidado com

esta senhora. Isso mostra que o modelo manicomial se reproduz para além de seus muros, seja no CAPS, seja na ESF, seja dentro de casa, e ganha solo no cenário cultural mais amplo do território.

Algumas poucas falas trouxeram um terceiro tipo de demanda em saúde mental, chegando às unidades, que são os problemas devido ao uso de álcool e drogas. Isto apareceu de maneira incipiente e ainda um tanto obscura, apesar de (e talvez por isso mesmo!) um dos grupos focais se desenrolar na equipe da área conhecida como principal ponto de venda e consumo de drogas na cidade. Neste grupo, porém, quando uma ACS falou desta questão, ela se lembrou da perspectiva de redução de danos, mas afirmou não ter melhor conhecimento da proposta, nem apontou que fosse algo utilizado na sua prática.

A questão das drogas talvez seja a que, na atualidade, mais retoma o nexos construído por Pinel entre doença mental e periculosidade, na medida em que o usuário de drogas é submetido, ao mesmo tempo, a um discurso médico que o coloca como detentor de uma doença e dependente, mas, também, a um discurso moral e criminalizante. A relativa ausência do tema nas falas leva a pensar que, mais uma vez, a equipe não se considera como responsável por essa demanda, ou se vê silenciada no “não saber o que fazer” e na consequente impotência frente às demandas. Talvez os profissionais de saúde considerem a questão das drogas como incumbência da polícia, da segurança pública. Ou ainda, é possível que se sinta amedrontada em pautar esse assunto, em função das atividades do tráfico na área. São hipóteses que merecem melhor atenção em novas investigações.

3.4 Saúde mental na atenção primária e a formação médica em questão

Diante do complexo cenário de demandas em saúde mental apresentado acima, os profissionais ouvidos na pesquisa demonstraram que têm encontrado muitas dificuldades em realizar o cuidado em saúde mental, na perspectiva da integralidade. O cuidado ofertado reflete, ainda, a lógica asilar e a predominância do paradigma biomédico que funciona a serviço do sistema liberal que norteia a atual política de Estado. Isso acaba gerando diversas angústias em função das demandas que se apresentam no trabalho, na atenção primária. Toma-se, também, a demanda em saúde mental como referência para a capacidade das equipes realizarem um cuidado integral. Percebe-se, desse modo, que esse cuidado, objetivo do modelo de atenção proposto na ESF, não tem sido realizado plenamente. Há uma atenção que ainda traz uma compreensão de saúde como ausência de doença, enfatizando aspectos biológicos, gerando como principais intervenções aquelas restritas à farmacoterapia, promovendo medicalização. Por outro lado, a prática asilar persiste como opção para os casos de transtornos mentais graves, tornando muito limitada a incorporação do paradigma da desinstitucionalização como referencial para a prática profissional.

No sentido de enfrentar estes desafios, visualizados a partir do que foi apontado na pesquisa, considerando o contexto da prática docente e mantendo a interlocução com a rede de saúde, foi possível propor e executar algumas experiências na docência de saúde mental no curso médico e na RMFC, em Cajazeiras.

Quando, na pesquisa, são apontadas pelos profissionais algumas práticas potentes do sentido de uma abordagem integral, estas são então incorporadas, em certa medida, na formação dos médicos generalistas. Assim, é introduzido o momento teórico-prático sobre terapia comunitária na graduação e residência e as práticas complementares e integrativas são trazidas como possibilidades de cuidado. Outra experimentação na RMFC são visitas domiciliares (VD) junto com a preceptora e estudantes da graduação, para auxiliar na condução de casos difíceis no entendimento dos residentes. As visitas apareceram como importante instrumento já utilizado por médicos, ACSs e NASF, no cuidado em saúde mental, sendo importante potencializar esta prática. Encontramos similitude disso com a descrição de Lancetti (2008) das equipes volantes de saúde mental, em São Paulo e a própria proposta do apoio matricial.

Por outro lado, foi bastante reconhecida pelos profissionais a importância da escuta no cuidado, principalmente aos usuários com sofrimento psíquico difuso. Em função disso, algumas ações têm sido propostas, no sentido de desenvolver esta capacidade entre os novos médicos: ampliação da contribuição de profissional da psicologia na disciplina de psiquiatria; ampliação dos conteúdos relativos a abordagens psicossociais nesta disciplina; modificação da avaliação na graduação, incorporando simulações de atendimento e avaliação de competências atitudinais, ganhando um caráter mais formativo; reafirmação da importância da clínica ampliada como ferramenta para o cuidado integral em saúde mental, recuperando conteúdos já trabalhados nos módulos de saúde da família e psicologia médica, no caso da graduação, e trabalhando com discussão de Projetos Terapêuticos Singulares na residência.

Outra questão percebida na pesquisa foi como o modelo asilar ainda está presente entre os profissionais, alimentado por uma associação da loucura à ideia de periculosidade. Amarante (2007) considera, a respeito da reforma psiquiátrica brasileira, que se trata de um processo social complexo, o qual, para além da dimensão técnico-assistencial, possui também a dimensão teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural. No sentido de avançar na dimensão teórico-conceitual, algumas discussões foram assimiladas aos processos educacionais em Cajazeiras, como a discussão sobre periculosidade, dando-se uma maior ênfase à discussão sobre determinação social em saúde mental, assim como a interlocução dos conteúdos relativos à saúde da família na discussão sobre reforma psiquiátrica.

As dificuldades de interação entre os diferentes componentes da rede de atenção psicossocial e da atenção primária exercer o seu papel de coordenadora do cuidado também foram identificadas. A partir disso, realizou-se a incorporação da discussão da rede de atenção psicossocial em diversos momentos, durante a graduação e a residência.

Na graduação, o conhecimento sobre a RAPS foi incorporado inclusive na avaliação. Além disso, foram apoiadas iniciativas dos estudantes de vivência na rede de saúde e RAPS. Já os residentes foram levados a vivenciar serviços da RAPS como o CAPS II e o SRT, o que, segundo eles, contribuiu bastante para que eles conhecessem os limites e potências destes serviços, além de permitir uma ampliação do diálogo na rede. Também foram realizados momentos em conjunto com os profissionais da rede de saúde para discussão sobre clínica ampliada e transtornos mentais graves e persistentes.

Chamou atenção a quase que completa ausência de menção à demanda referente a problemas com álcool e drogas, e certo desconhecimento dos profissionais sobre a perspectiva da redução de danos. Em função disso, tanto na graduação quanto na residência foi feito aprofundamento da perspectiva da redução de danos no cuidado a pessoas com problemas causados por álcool e drogas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sertão brasileiro ainda faltam médicos com as competências necessárias e que pautem sua prática na ética do cuidado; falta integração com os outros profissionais; falta funcionamento da rede de saúde; falta compromisso político de gestores.

No campo da saúde mental, o cenário não é diferente. Os ventos da reforma psiquiátrica chegam transformados em brisas suaves, na aridez do sertão. São propostos novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sem que isto represente e garanta mudança nas práticas, no sentido da desinstitucionalização e da integralidade. O modelo manicomial do isolamento ainda está presente nas vidas das pessoas, nas práticas dos profissionais, colocando-se hegemonicamente em cena, num cenário em que a fragilidade da rede de atenção não consegue atender às necessidades e demandas de saúde mental de seus usuários, famílias e comunidade.

Quando pensamos em termos da formação de médicos para o SUS, percebemos que ainda há muitos desafios, que, de certo modo, explicam as fragilidades da rede de saúde. No entanto, um longo caminho já foi trilhado, no sentido das transformações desta formação. São tempos em que as mudanças na educação médica, no Brasil, se colocam como um discurso que vem ganhando espaço (mesmo que encontrando resistências, principalmente nas faculdades mais tradicionais).

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina, marco na disputa da educação médica socialmente referenciada, após mais de uma década foram revistas à luz das novas políticas governamentais para a área. Nesta revisão, percebemos que a saúde mental ganha destaque antes inexistente, o que nos coloca o desafio de como transformar o que está no papel em realidade (BRASIL, 2014).

A pesquisa realizada e aqui apresentada, no nosso entender, ratifica a construção de uma agenda governamental de mudança na educação médica e no mundo do traba-

lho que eleger a Residência de Medicina Geral, Familiar e de Comunidade (equivalente à Medicina de Família e Comunidade) como estratégica.

Quando pensamos em termos de saúde mental, consideramos o campo da saúde da família como muito mais promissor, na garantia de um cuidado integral a ser realizado pelos médicos generalistas, e não somente pelo psiquiatra. Isso se daria pela proximidade com o território e possibilidade de uma construção de atuação profissional que veja o sujeito inserido em sua realidade social. Por outro lado, é no mundo real que as pessoas se formam e se “deformam”. Por isso, a perspectiva da educação permanente em saúde não deve ser esquecida.

Com base nesses pressupostos, Ceccim (2010) ressalta que a perspectiva da educação permanente realiza uma torção, no sentido de atravessar o trabalho pela formação, ao invés de formar para ajustar a qualidade do trabalho. Acreditamos que ela deve ser encarada como caminho para a formação dos profissionais de saúde, tanto na atenção psicossocial, quanto na saúde da família.

Por fim, é necessário que, em um momento de tantas mudanças na formação médica e no mundo do trabalho, consigamos, a partir das peculiaridades de cada localidade, nos guiar pela perspectiva ética da reforma psiquiátrica e construir processos formativos que integrem saberes, profissões, universidades, rede de saúde e movimentos sociais, a fim de despertar nos futuros médicos o compromisso com a desintitucionalização da loucura e a frenagem da intensa medicalização, para que nossa atuação não se limite a prescrever benzodiazepínicos para entorpecer nosso povo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 p.117.

_____. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; | DA CRUZ, Lendra Brasil (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008 p. 65-78.

BALLESTER, Dinarte Alexandre et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Medical Journal. São Paulo. V. 2, n.123.p. 72-76. 2005.**

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BASAGLIA, Franco. Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gramond, 2005a, p. 35 – 61.

_____. As instituições da violência In: AMARANTE, Paulo (Org). **Franco Basaglia:** escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005b, p. 91-131.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”. Processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface comunicação saúde e educação.** no. 18 v. 48 p. 61-74. 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução CNRM Nº 2/2006**, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <mec.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- Projeto Político Pedagógico.** Brasília, DF, 2013a. No prelo.

_____. Ministério da Educação. **Resolução Nº 3/2014**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <mec.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2014.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, **Recursos Humanos - Profissionais em Cajazeiras segundo CBO 1994 - Médicos de Ago/2005 - Jul/2007.** Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 07 set. 2012.

_____. **Recursos Humanos - Profissionais segundo CBO 2002 - Médicos em Cajazeiras de Ago/2007 - Out/2012.** Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 07 set. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. CHAKOUR, Maurício. SANTO, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.1, n.13, p. 141-144. Jan./mar, | 1997.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paideia.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2007. 185 p. p. 51-67.

CECCIM, Ricardo Burg. A educação Permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental 3. Saúde Mental: O desafio da formação,** Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. | 67-90.

CECCON, Roger Flores, BUENO, André Luis Machado, HESLER, Lilian Zielke, KIRSTEN, Karina Schreiner, PORTES, Virgínia de Menezes, & VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cad. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: HUCITEC, 2005.

DIMENSTEIN, Magda. BEZERRA, Edilane. O CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, ciência e profissão**, 28 (3), p. 632-645. 2008.

DIMENSTEIN, Magda. LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. v. 1, no. 1. Jan-abr. 2009.

FARIA, Maria Luisa Vichi de Campos. GUERRINI, Ivan Amaral Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface** Botucatu, vol.16, noº.42, p.779-792. Set 2012.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil **Interface - Comunicação, | Saúde, Educação**, 2(3), p.51-71.1998.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 511 p.

FONTANIVE, Paulo Vinícius Nascimento. **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto telessaúde-RS**. 2009. 134 f. Dissertação (mestrado em epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, |RS, 2009.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W. GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 244-270.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: síntese das informações. Brasília, DF, 2010. | Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso em: 28 de abr. 2013

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2008. 127 p. (SAÚDELOUCURA 20, POLÍTICAS DO DESEJO 1)

_____. **Saúde Mental, Atenção Primária Promoção da Saúde**, 2010. Disponível em <www.saude.gov.br> | Acesso em: 25 ago. 2012

LOPES, José Mauro Ceratti. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, formação e prática. 845p. p. 113-124. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza v.2 n.24. abr./jun. 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. Saúde Mental na atenção básica. In **Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2010.411 p. 221-246

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. p. |547-575 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção primária em Sobral-CE-Brasil**. 2006 120 f. Dissertação (Mestrado em educação médica) Havana, 2006.

PROVAB. **Relatório de avaliação e monitoramento do PROVAB-PB**. Documento de circulação interna. 2013.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2001.112 p. (SAÚDELOUCURA 1)

SOUZA, Jacqueline de et al . Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 6, p. 594-600, Dec. 2013 .

SPINK, Mary Jane Paris; Medrado, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise de práticas discursivas. *In SPINK, Mary Jane Peter. (org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2000.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TYKANORI, Roberto. **Por uma alternativa aos psiquiatras**. 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 01 jun. 2012.

Experiências e significados do Pet-Saúde: o olhar dos estudantes da Universidade Federal da Paraíba

*Maria Betânia de Morais
Ricardo Henrique Vieira de Melo
Danielle Chacon dos Santos
Cláudia Helena S. de M. Freitas
Karla Patrícia Cardoso Amorim*

I INTRODUÇÃO

A saúde é historicamente produzida e está intimamente relacionada com as transformações político-sociais ocorridas ao longo das décadas, trazendo reflexos diretos no ato educacional, que se encontra permeado de contradições, resistências e intencionalidades. O estudo da formação em uma perspectiva histórica oferece elementos para a construção de novos conhecimentos, na medida em que mudanças importantes têm sido anunciadas na esfera formativa na saúde.

Desse modo, as novas maneiras de organizar a prestação de serviços e a aprendizagem em saúde devem levar em consideração a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, e, sobretudo, a satisfação das necessidades de saúde da população por meio de uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que rompa as lacunas existentes entre a formação e o processo de trabalho em saúde (OLIVEIRA et al., 2012).

Efetivar a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação dos profissionais de saúde se fez necessário por se constituir um aparato legal, na medida em que a carta magna lhe atribui a missão de ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde, no seu artigo 200, inciso III, reafirmado, também, na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1988).

Refletindo sobre a Educação superior no país, observa-se que a passividade desenvolvida em muitos processos de ensino-aprendizagem de acadêmicos da saúde, sinalizada através da transferência de conhecimentos, da priorização da memorização de conteúdos das disciplinas,

aliados a estruturas curriculares rígidas, produz pouca articulação do processo educacional ao cotidiano inscrito nos serviços de saúde.

O distanciamento entre as instituições de ensino superior e os serviços se reflete diretamente na formação dos estudantes universitários que uma vez formados em um modelo de ensino dissociado da realidade do SUS com foco no tecnicismo e no aspecto biológico, apresentam dificuldades para identificar problemas e de lançar mão da criatividade para enfrentar as situações complexas que a estrutura do SUS apresenta.

As circunstâncias assinaladas apontam para necessária revisão na formação em saúde, atentando para a qualificação de recursos humanos capazes de responder às novas demandas sociais da contemporaneidade a favor da melhoria de serviços prestados à população e de sua qualidade de vida, e em busca da integralidade.

Ao constatar essa tendência na formação profissional, os Ministérios da Saúde e da Educação propõem estratégias de reorientação da formação dos profissionais de saúde, desenvolvidas em parceria com as instituições de ensino superior e os serviços de saúde, destacando-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), buscando tornar os serviços de saúde, nas suas variadas instâncias, lócus privilegiados para aprendizagem em serviço, reafirmando os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, aprovados a partir de 2002.

Seguindo as DCN é que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), cenário dessa investigação, realizou mudanças nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de graduação da área de saúde, sinalizando um movimento de transformação, na medida em que têm procurado implementar uma nova matriz curricular de forma a diversificar os cenários de aprendizagem com a inserção precoce do estudante nos cenários de prática, trabalhando na perspectiva da formação de recursos humanos capazes de responder às novas exigências, tanto da sociedade como da academia.

O Pet-Saúde, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação, foi criado em 2008 como uma das ações intersetoriais para fortalecer a atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do SUS e está alinhado, em nível nacional, com a proposta do Pró-Saúde, apresentando como fio condutor a integração ensino-serviço, na interface com a comunidade com vistas a induzir mudanças curriculares que incluam a rede de serviços para o desenvolvimento de atividades práticas, integrando mundos há muito distantes: a academia e o trabalho em saúde (BRASIL, 2005; 2007).

Essa pesquisa foi produzida em um contexto histórico de reflexão acerca do paradigma contemporâneo da concepção de saúde, dos modelos assistenciais e pedagógicos inscritos nos serviços e instituições de saúde do país e das necessárias mudanças na formação de profissionais para atuar no SUS.

É nesse contexto de mudanças que foi lançado um olhar mais aprofundado para o Pet-Saúde. Diante das questões atuais que permeiam os projetos de reorientação profissional, surgiram as seguintes indagações: Qual a percepção de estudantes a cerca

do PET-Saúde? Quais as possíveis contribuições desse programa para a formação na área de saúde? Isso configurou as questões de pesquisa do estudo.

O presente capítulo é fruto de um recorte da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assim, o objetivo desse trabalho foi analisar as Experiências e os significados do PET-Saúde na formação dos profissionais de saúde na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir do olhar dos estudantes.

2 CENÁRIO DO ESTUDO

Em 2005, com a implantação do PRÓ-SAÚDE, os cursos de graduação realizaram diversos processos de mudança curricular em consonância com as DCN e com o PPC. A UFPB teve participação efetiva no Pró-Saúde I (medicina, enfermagem e odontologia) e no Pró-Saúde II (fisioterapia, farmácia, educação física, nutrição e fonoaudiologia), sinalizando o compromisso institucional com a formação (SECRETARIA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2009).

A partir de 2008, formulou-se o primeiro projeto do PET-Saúde João Pessoa (PB), iniciando em 2009, com foco na Atenção Primária com o intuito de fortalecer e potencializar as mudanças no processo de formação dos profissionais já em curso na UFPB e na ampliação de ações interdisciplinares de produção do cuidado, buscando dessa forma a integralidade das ações e dos serviços de saúde. O PET-Saúde em João Pessoa, na sua conformação inicial tinha como objetivos locais potencializar as mudanças curriculares promovendo a integração entre os cursos participantes (enfermagem, fisioterapia, medicina e odontologia) no ano de 2009 e os cursos de 2010/2011 (enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, nutrição, educação física); desenvolver processos de educação permanente com os profissionais do serviço; desenvolver pesquisas na rede de atenção básica; e estimular a elaboração dos protocolos clínicos junto aos profissionais e gestores dos municípios, o que vinha a corroborar os objetivos nacionais do programa (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, 2010).

Foram escolhidas, para participar do PET-Saúde, 12 unidades da saúde da família (USF), no ano de 2009, e 27 USF no ano de 2010, que já desenvolviam atividades curriculares nos cursos incluídos no projeto. Os atores envolvidos no programa deveriam atuar alinhados com as atividades curriculares já desenvolvidas nesses diferentes cenários de prática. A equipe era formada por 01 coordenador, 04 tutores e 3 professores voluntários, 24 preceptores, 48 estudantes bolsistas e 42 voluntários para o ano de 2008/2009 e 1 coordenador, 7 tutores, 42 preceptores, 78 estudantes bolsistas e 75 voluntários para o ano de 2010/2011 (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, 2011).

3 MÉTODO

A pesquisa empreendida tratou-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, classificado como estudo de caso. O estudo de caso caracteriza-se por inves-

tingar um fenômeno contemporâneo que não pode ser dissociado de seu contexto, cuja realidade é complexa e que envolve vários fatores (YIN, 2010).

Minayo (2007) destaca que a pesquisa de natureza qualitativa imerge no mundo dos significados das relações humanas, constituindo-se em uma esfera que não poderá ser percebida ou captada em equações, média e estatística.

No que diz respeito ao cenário dessa investigação, pode-se assinalar que os cursos da área de saúde da UFPB já têm um grau de institucionalidade consolidada no município de João Pessoa (PB) na articulação ensino-serviço (SECRETARIA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2009).

Foram elegíveis, para participar da presente pesquisa, os bolsistas egressos do PET-Saúde dos cursos participantes (odontologia, medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, educação física) da UFPB que desenvolveram suas atividades curriculares nas USF do município de João Pessoa (PB), no período compreendido entre os anos de 2009 e 2011, correspondendo ao primeiro e segundo edital do Ministério da Saúde (MS) para o PET-Saúde, respectivamente, totalizando 126 estudantes.

A amostra foi do tipo por conveniência, utilizando os seguintes critérios: estudantes dos 6 cursos participantes, que desenvolveram as atividades no PET por pelo menos 1 ano, em 18 USF pertencentes aos distritos sanitários I, II e III, que concordassem em participar da pesquisa. Os estudantes foram contatados até 3 vezes por e-mail, e telefone para a participação na pesquisa. Após 3 tentativas sem sucesso, eles eram excluídos.

Foram entrevistados três estudantes de cada curso. O número de participantes (18) mostrou-se suficiente no alcance do propósito de aprofundamento e compreensão do fenômeno estudado, dada a saturação de sentidos alcançada a partir dos depoimentos.

Como técnica para coleta de dados, optou-se por entrevistas semiestruturadas. O instrumento de coleta foi elaborado com base nos objetivos propostos para o estudo. Com o intuito de testar/validar o instrumento, foram realizadas previamente duas entrevistas, as quais não foram consideradas no material de análise.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, em datas e locais previamente agendados com os participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para compor um banco de dados para análise.

Os dados foram verificados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin (2009), que permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado. Dentre as técnicas de análise de conteúdo, optou-se, nessa investigação, pela análise temática categorial, baseada na noção de tema. Nesse sentido, a análise temática de conteúdo desdobrou-se em três fases: pré-análise, exploração do material empírico e tratamento dos resultados e interpretações (Minayo, 2007).

Vale ressaltar que as categorias de análise foram definidas previamente, considerando os objetivos delineados para o estudo (pré-campo). As categorias de análise estabelecidas para este texto foram duas: as experiências na atenção Primária à Saúde; o significado do PET para a formação profissional.

Todo este estudo foi realizado com base nos princípios da ética e da bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 03 de setembro de 2013, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 16385313.0.0000.5292.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 estudantes - sendo 3 de cada curso - que integravam o PET-Saúde da Família: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Educação Física. Nesse grupo, predominou o sexo feminino (66,6%), a idade dos estudantes variou entre 22 e 28 anos. Dos participantes, 33,3 % estavam em fase de conclusão do curso e 44,4% já o tinha concluído. A seguir, serão apresentados os resultados considerando-se as seguintes categorias de análise: as experiências na atenção Primária a Saúde (APS) e o Significado do PET para a formação profissional.

4.1 As experiências na Atenção Primária à Saúde

A APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

No contexto desse estudo é importante ressaltar a sua importância, tendo em vista que a APS se configura em um espaço potente da articulação ensino-serviço-comunidade-gestão nos processos de aprendizagem e na qualificação da assistência, e por se constituir no cenário de atuação de estudantes no PET-Saúde, no presente estudo.

Os estudantes foram unânimes ao se referirem ao PET-Saúde como uma importante experiência para sua formação, destacando a oportunidade de ampliar a vivência no âmbito da saúde coletiva. Ressaltaram também o caráter multidisciplinar/ multiprofissional do programa, o trabalho em equipe e a imersão no cotidiano da atenção primária, como ilustram as falas a seguir:

Gostei muito porque foi um dos primeiros contatos que eu tive com a Saúde Pública, né? De 'tá ali, de ter outras pessoas de outros cursos também (E1-Enfermagem).

Acho que trocar experiências e a multidisciplinaridade 'foi' muito grande, por você também estar engajado com alunos de outros cursos. Cada um aprende um pouquinho com o outro (E-4- Enfermagem).

Foi só através do PET que eu conheci, realmente, como era a estrutura, a organização da unidade de saúde (E-6 Nutrição).

Resultado semelhante pode ser observado no relato de experiência realizado por alunos do PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), que parecem ter percebido o potencial da Unidade Básica de Saúde (UBS) enquanto cenário de prática, ao avaliarem-na positivamente (CALDAS, 2012).

Os Estudantes da UFRN revelaram que a implantação do PET-Saúde representou uma proposta inovadora para a consolidação do SUS na reorganização do modelo pela estratégia de saúde da família, contribuindo, dessa forma, para o fortalecimento da atenção primária (LEITE et al., 2012).

No entanto, é fundamental não transformarmos a experiência educativa em algo puramente técnico, pois isso, sob o olhar de Paulo Freire (1996), seria amesquinhar o caráter humano da formação da pessoa. Freire destaca também a importância da curiosidade, da imaginação, da emoção, da intuição do aluno e do professor, sempre associadas à necessária rigorosidade científica.

Entre as experiências consideradas significativas no âmbito da APS foram citadas o conhecimento do território, a cartografia, as práticas educativas realizadas nas escolas, os grupos operativos na comunidade ou no próprio serviço e as visitas domiciliares, como se vê nos depoimentos:

Eu acho que o ponta-pé inicial era sempre o conhecimento do território, da área onde a gente ia atuar, da comunidade para, a partir daí, a gente 'tá podendo pensar nas atividades que iam sendo realizadas, vendo o que poderia ser feito e como ia tá contribuindo no local (E14-Enfermagem).

Eu acho que um dos mais importantes foi uma discussão que teve: foi a cartografia que eles haviam feito. Eles foram mais a fundo, assim, na produção da cartografia. Eu acho que foi uma ferramenta bastante importante para o trabalho deles (E2-Fisioterapia).

Eu acho que as que mais marcaram foram as atividades desenvolvidas nos grupos de mulheres. Acho que pela identificação com a área de saúde da mulher (E4-Enfermagem).

A mais marcante pra mim foi a visita domiciliar, mesmo porque lá a gente consegue ver o indivíduo como um todo, né? Sua realidade e não apenas o

seu saber, né? Mas tem que ver onde ele está inserido. É muito importante analisar isso para que haja uma melhor eficácia, né? (E13-Nutrição).

Desse modo, pode-se inferir que os distintos cenários e vivências aqui apresentadas têm um efeito indutor de mudanças, pois favorecem um pensar crítico e reflexivo na medida em que estudantes são confrontados com as condições sociais e os modelos de práticas inscritas nos diversos contextos.

Nessa perspectiva é fundamental criar espaços dialógicos, criativos, reflexivos e democráticos capazes de viabilizar práticas pedagógicas fundamentadas na solidariedade, na ética, na paz e na justiça social (MORIN, 2003).

Caldas et al. (2012) reiteram, em seu estudo, que o PET-Saúde se insere no contexto da APS, trazendo aos estudantes possibilidades de vivenciar o cotidiano dos profissionais de saúde, como também de compreender a realidade na qual se inserem as famílias assistidas pelo serviço. Nesse trabalho diário, os discentes vêm aprendendo a lidar com as novas propostas de assistência, mobilizando saberes, fazeres e valores envolvidos em cada experiência.

4.2 O significado do PET para a formação profissional

O PET-Saúde é uma estratégia que foi planejada com o objetivo de auxiliar o reordenamento da formação de recursos humanos para a saúde, na medida em que busca fortalecer a prática acadêmica que conecta a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, às demandas da sociedade, de forma compartilhada.

Os estudantes destacaram que o PET-Saúde contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de algumas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), indo ao encontro do que recomendam as DCN dos cursos, de modo que estejam presentes na formação profissional elementos essenciais a uma prática de saúde competente, ética e humanizada. O discurso do estudante a seguir demonstra o que a experiência vivenciada no PET-Saúde incorporou à sua formação:

Enxergar a saúde de uma maneira mais ampliada. Saber como é feito o serviço, porque tudo isso é importante... a partir, desse conhecimento que eu tenho do PET, de o que é saúde, de o que é promover saúde, é que eu vou promover mudanças na saúde do Brasil (E-8 Odontologia).

Os programas de reorientação da formação, a exemplo do Pet-Saúde, que possibilitam aos estudantes em formação vivenciar o mundo do trabalho interligando o saber teórico ao saber prático, a partir da tríade ação-reflexão-ação, traz para esta análise um referencial importante para fundamentar essa assertiva, a práxis de Paulo Freire.

A práxis Freireana (1996) assinala que “A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria vira ativismo. No entanto, quando se tem a prática com a teoria, tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.

Os dados mostram claramente que os estudantes percebem as experiências vivenciais do PET-Saúde como oportunidades de colocar em prática os conhecimentos teóricos apreendidos na academia, corroborando para ampliar a sua visão de mundo, enquanto sujeitos sociais e vivenciando em ato essa práxis transformadora, conforme se pode observar nas falas seguintes:

Todos os conceitos de Saúde Pública, as políticas, tudo o que eu pude aprender na teoria, no PET, eu vi na prática [...] Mesmo que eu saiba que tem muito ainda para melhorar, mas foi uma das formas que eu vi acontecer (E-3- Enfermagem).

Foi uma experiência, assim, de bastante aprendizado porque apesar de a gente conhecer a Saúde Coletiva, na Universidade, pela teoria, só quando a gente chega na prática é que a gente vai saber mesmo como é a realidade, né? (E-6-Nutrição).

Estar inserido em uma equipe, interagindo com profissionais e estudantes de diferentes núcleos de conhecimento, possibilitou aos estudantes realizar uma análise crítica reflexiva da importância de cada um na equipe, reconhecendo, principalmente, esse aspecto como um diferencial para o melhor desempenho, sendo instigante o depoimento a seguir:

Acho que foi, foi o maior ensinamento, essa visão de que, é... a unidade de saúde, a Saúde da Família, ela funciona com vários profissionais. Têm muitas coisas que eles podem fazer integrados e contribuir para a população, e é dessa forma que as melhores equipes funcionam (E17-Medicina).

O estímulo à pesquisa e a produção de conhecimento foram consideradas contributos do PET-Saúde, como assinalado nos depoimentos que se seguem:

Despertou a essência do trabalho, pesquisa, investigação. Foi a construção de um conhecimento coletivo (E5-Odontologia).

Eu publiquei um trabalho que eu apresentei num Congresso (E11-Nutrição).

Sim, na busca do conhecimento para apresentação nas comunidades e também durante as visitas domiciliares, né? Então, era preciso sempre ter um conhecimento a mais, de acordo com a atividade que seria desenvolvida (E13-Nutrição).

O estímulo à pesquisa no âmbito do PET-saúde vem transformando o cenário de aprendizagem. Estudos revelam que o mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos para produção de conhecimento (CALDAS et al., 2012).

O estudo de Caldas et al (2012), realizado com estudantes sobre a importância do PET-Saúde, demonstrou que o programa contribuiu para a formação profissional dos bolsistas e voluntários nas áreas de pesquisa, extensão e ensino, colaborando com o nosso estudo.

A participação no PET-Saúde também propiciou o desenvolvimento das capacidades crítica e reflexiva, à medida que os estudantes não só identificam as deficiências do SUS, mas se colocam como corresponsáveis na construção do sistema de saúde, conforme depoimento a seguir:

Então, eu acho que o PET foi importante para eu perceber essas deficiências que têm no Sistema Único de Saúde e para eu perceber que é importante, mais ainda, que eu não entre naquela de 'ah, já que não é aquilo que eu acredito, deixa pra lá e 'tô nem aí', mas no sentido de estar, cada vez mais, lutando para um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades da população (E2- Fisioterapia).

Essa assertiva é dotada de grande riqueza de significado e remonta à leitura de Paulo Freire acerca da posição dos sujeitos no mundo:

O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História (FREIRE, 1996, p. 60).

É com essa perspectiva que a presente análise se constitui na tentativa de trazer situações vivenciais e percebidas pelos discentes, e se admitirmos que a produção do conhecimento seja histórica, social e culturalmente determinada, compreende-se porque, na atualidade, vivemos um momento histórico de tensão paradigmática. A crise está presente em várias dimensões, seja na ciência, seja na academia, seja no campo da saúde e, de modo singular, na produção do cuidado, tendo em vista o confronto com problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários (MORIN, 2003).

Os estudantes destacam elementos fundamentais para a formação profissional, em uma perspectiva pedagógica transformadora: o diálogo, o planejamento das ações, a vivência no contexto dos serviços e das comunidades, considerando-os elementos potentes para se tornar um profissional diferenciado no SUS:

Eu tenho uma formação profissional diferenciada; eu não sou aquele que é de cima para baixo, não. Eu tento dialogar, eu tento planejar minhas atividades, como no PET-Saúde (E10-Fisioterapia).

Eu acho que melhorou a minha formação, assim, médica mesmo, essa entrada no contexto de pessoas (E12-Medicina).

O PET, sim, teve muitas contribuições, no sentido, assim, de que eu pude vivenciar como eu falei, outra realidade. Pude ver diferentes aspectos de uma população, numa mesma cidade; populações numa mesma micro-área, mas com realidades de vida diferentes; como atuar, como estabelecer meios de atuar nessas diferentes realidades (E5-Odontologia).

Os estudantes dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e fisioterapia percebem com maior clareza essa realidade. Isto pode ser devido às mudanças curriculares após as DCN, cujos projetos pedagógicos dos cursos apresentam como componentes curriculares os estágios supervisionados na rede de serviços do SUS, favorecendo a inserção de estudantes desde o início da graduação, em todos os níveis de atenção.

Os depoimentos dos estudantes fornecem elementos significativos para a formação diferenciada, como a visão ampliada do processo de trabalho em saúde, a formação voltada para a promoção da saúde em uma perspectiva menos hospitalar, vivenciando a APS e o trabalho em equipe.

Então, assim, ele contribuiu na questão até de me auxiliar, digamos assim, para eu fazer, para eu cursar bem outras disciplinas da Universidade e, pessoalmente, me ajudou porque eu saí muito assim, tanto da visão de Dentista. Assim, ajudou a ter essa visão generalista do Dentista (E1-Odontologia).

Acredito que essa formação menos hospitalar, essa questão de não ver só a doença, de ver o indivíduo como um todo, se importar com a questão da prevenção, promoção da saúde (E14-Enfermagem).

Foi legal pra mim, o PET, porque foi no PET que a gente teve a oportunidade de entender um pouco mais como era a rotina de uma unidade de saúde. A gente pode vivenciar algumas coisas, não só como Médico (E17-Medicina).

Enquanto pesquisadores que se colocam ora como observadores dos cenários aqui delineados pelos discentes, mas, por outro lado, apoiando-se na ideia da não neutralidade da ciência e pela implicação com o projeto do qual fez parte, não poderíamos deixar de revelar a satisfação pessoal com os achados advindos dos estudantes, nesse primeiro momento de reflexão.

No entanto, é fato que a formação em saúde, em virtude de sua construção histórica, ainda está muito relacionada a processos de trabalho centrados nos procedimentos, na fragmentação de saberes, na busca da especialização, e continua reproduzindo práticas hegemônicas fortemente marcadas pelo modelo cartesiano na produção do cuidado. Daí, é preciso também fortalecer mecanismos de interdisciplinaridade dentro da academia

Sob essa ótica, foi possível perceber, através dos depoimentos dos discentes, que o curso de Educação Física demonstrou maior dificuldade de inserção dentro do PET-Saúde, como se constata a seguir:

No começo, eu ainda pensei em desistir porque eu não sabia qual era o foco do PET-Saúde, ficou muito a desejar. No outro ano, eu fiz a prova e passei para bolsista. Esse ano foi mais conturbado. Eu acho que a gente não fez um trabalho significativo lá, não. Eu acho que a gente não teve muito a contribuir, não (E-18-Educação Física).

Nós tivemos a mesma dificuldade em tentar elaborar algumas atividades do Pet relacionadas à área de educação física (E-9-Educação Física).

Ao analisar o PPC de educação física, constata-se que as disciplinas ligadas à saúde coletiva são ofertadas em caráter optativo. Essa situação pode explicar a dificuldade do curso em se inserir nesse contexto.

Na construção de uma identidade profissional diferenciada, o compromisso com os ideais da sociedade, os valores, as crenças, os costumes, as atitudes, a valorização do saber popular, as representações de vida e de saúde precisam ser consideradas. A interdisciplinaridade ainda se constitui como um desafio a ser alcançado em sua plenitude, na busca de uma prática profissional balizada pelos princípios organizativos e doutrinários do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito à questão de pesquisa levantada no início dessa investigação, pode-se afirmar, a partir dos conteúdos manifestos pelos discentes, que o PET-Saúde trouxe contribuições significativas para a formação de estudantes e que essas contribuições extrapolaram o limite da técnica, na medida em que adentraram a esfera pessoal.

Os programas de reorientação da formação, destacando-se aqui o PET-Saúde, despontam como dispositivos efetivos para a integração ensino-serviço, para a formação interdisciplinar e para a produção científica envolvendo o SUS e a comunidade.

O PET-Saúde trouxe contribuições significativas para a formação dos estudantes, caracterizando-se por mudanças no perfil do futuro profissional, que se percebe enquanto sujeito participante e responsável na construção do SUS.

Desse modo, a proposta de integração entre os diversos cursos da área de saúde, ao longo da implantação do programa, serviu para demonstrar que é possível existir uma articulação entre diferentes formações acadêmicas no intuito de construir projetos comuns e planejar estratégias positivas para quem realiza.

No entanto, acredita-se que a reforma do pensamento é que permitirá o pleno emprego da inteligência para responder os desafios impostos ao ensino, e que se trata de

uma reforma não programática, pois perpassa mudanças de paradigmas. É evidente que esse processo não pode ser esgotado unicamente em programas; deve, paralelamente, ser impulsionado por um fervor educativo e, como todo processo transformador, demanda tempo para que se possa sair da prescrição para a efetivação das mudanças.

O PET-Saúde em João Pessoa (PB) já é uma estratégia bem consolidada, na medida em que ampliou seu escopo de atuação para as redes de atenção à saúde e fortaleceu sua articulação com o Pró-Saúde. Nessa perspectiva, prenuncia ser uma grande promessa para o aprimoramento da atenção à saúde e da formação na área de saúde, visto que traz propostas inovadoras fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII - da ordem social; capítulo II - SEÇÃO II, da saúde. Art.200. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Diário Oficial da União nº 120; Seção 1, de 25 de junho 2007.

CALDAS, J. B. et al. A percepção de alunos quanto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 36, n. 1, p. 33-41, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.** v. 20, n. 4, p. 67-874, 2011.

LEITE, M. T. S. et al. O programa de educação pelo trabalho para saúde na formação profissional. **Rev. Bras. Educ. Med.** V. 36, n. 1, p. 111-118, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MORIN, E. **A cabeça Bem Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

OLIVEIRA, F. P. et al. **Na comunidade: as experiências do PET-Saúde da UFPB**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Normalização de cenários de prática na rede SUS de João Pessoa**. 2009. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/download_sms/Capra>. Acesso em: 10 de Nov. de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Técnico Anual do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde**. João Pessoa. abril de 2009/março de 2010. 29p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Técnico Anual do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde**. João Pessoa. 2010/2011. 35p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2010.



Práticas integrativas e complementares (PICs) na estratégia saúde da família: relato de experiência

*Luciana Rodrigues Cordeiro
Ângela Maria Alves e Souza
Márcia Viana Bessa Nogueira
Paulo Henrique Caetano de Sousa
Maria Fátima Maciel Araújo*

I INTRODUÇÃO

Este capítulo traz um pouco da ideia de propor a sistematização de resultados eventos e acontecimentos vividos durante a inserção dos estudantes da graduação em Saúde da Universidade Federal do Ceará-UFC nos cenários da atenção básica de saúde do município de Fortaleza, estado do Ceará, ao participarem do PRO-PET Saúde UFC.

Para maior compreensão das atividades desenvolvidas e comentadas neste texto, torna-se importante conhecer os objetivos dos programas PRÓ-Saúde e PET-Saúde, uma parceria dos Ministérios da Saúde, Ministério da Educação, OPAS e outros órgãos do governo federal.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (PRO-SAÚDE, 2015).

O PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2008).

Em 2012 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde – PRO-PET Saúde, aprovou sete subprojetos um deles que se destacou tinha como título: “Práticas Integrativas e Com-

plementares (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS): família e integralidade na rede de assistência” (subprojeto PICs), cujo objetivo tratava do desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão para formação no trabalho com uso das PICs, fundamentado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada nas Portarias Ministeriais nº 971 em 06 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2011).

As Práticas Integrativas e Complementares se constituem num campo de práticas que contempla recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas como a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006a).

MC Whiney (2010) afirma que os serviços que possuem a Estratégia de Saúde da Família e Comunidade – ESF servem de porta de entrada para as PICs, já que há sobreposição dos valores compartilhados por ambas, dando ênfase no acolhimento do diagnóstico da pessoa, não apenas da doença.

Para que os acadêmicos participassem do PRO-PET-Saúde, foi elaborada pela Universidade Federal do Ceará uma prova de seleção. Ao total inscreveram-se mais de 300 e foram aprovados 245 e destes 35 foram inseridos no subprojeto Família e integralidade na rede de assistência e práticas integrativas e complementares (subprojeto PICs) do PRO-PET Saúde. A seleção de profissionais que trabalhassem na estratégia de saúde da família foi realizada pela Prefeitura de Fortaleza (Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) com aplicação de uma prova, avaliação de currículo e entrevista e assim foram selecionados duas enfermeiras, dois médicos e duas odontólogas. As atividades do PRO PET na estratégia saúde da família e nos cursos durou 2 anos e 6 meses.

Durante todos os momentos de execução do subprojeto PICs, o acaso e a experimentação se manifestavam nas práticas de cuidados desenvolvidas por acadêmicos da área de saúde divididos em quatro unidades de atenção básica em saúde.

Lembremos os povos e famílias de tempos remotos, que utilizavam massagens, pressão, ervas medicinais, alimentação e invocação aos deuses promotores de curas espirituais e ao longo de milhares de anos teve e terá forçosamente levado à descoberta de diversas curas que se apresentam na atualidade altamente benéficas à humanidade.

Muitas destas práticas de cuidado têm sobrevivido à passagem do tempo, e hoje, algumas estão reunidas e legitimadas por meio de uma política pública, tornando-se o desafio que começa dentro, no processo interno de formação dos profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família - ESF do município de Fortaleza-Ceará.

Segundo Soares (2000), todo sistema terapêutico se constitui como parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, sendo influenciados por ela e vice-versa. Essa influência tem tecido iniciativas de inclusão desse conhecimento sobre PICs nos processos formadores no âmbito da Universidade Federal do Ceará e dos serviços de saúde, já constituintes de projetos pedagógicos e estruturas curriculares dos cursos de graduação da área de saúde, Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio e Mestrado Profissional em Saúde da Família-RENASF/MS/FIOCRUZ/UFC, assim como aconteceu no PRO-PET Saúde UFC, com o desenvolvimento do subprojeto PICs e suas atividades de educação permanente, para profissionais do serviço de saúde, acadêmicos e comunidade.

Relato o destaque da experiência sobre os resultados alcançados através das ações do projeto de educação permanente. As etapas do processo e experiências cuja repercussão nas ações profissionais e acadêmicas na atenção básica de saúde tem sido evidenciada, por meio de ações consideradas como práticas de cuidado diferenciado.

Para iniciar essa construção, desenvolvemos uma ação dialógica com professores, estudantes, profissionais de serviço e pessoas da comunidade envolvidos no projeto. Essa ação tinha o intento de explorar as possibilidades promovendo a aprendizagem sobre PICs e ao mesmo tempo verificar os níveis de governabilidade para sua efetiva viabilização e execução nos processos formativos.

Logo na primeira reunião com o grupo percebemos as deficiências de conhecimentos da grande maioria dos integrantes do projeto (preceptores e estudantes de graduação), muitos apontaram dificuldades em relação a sua inclusão nos processos de trabalho em saúde com PICs, por desconhecerem e não terem habilidades para desenvolvê-las, vivenciá-las e ensiná-las. Necessitamos fortalecer as PICs e sensibilizar os profissionais.

Este capítulo tem como objetivo relatar experiências dos processos de formação em PICs de tutores, preceptores e monitores dos cursos de graduação em Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), do PRO-PET Saúde, participantes do subprojeto PICs e pessoas da comunidade adstritas as Unidades de Atenção Primária de Saúde. Além disso, vamos mostrar relatos dos próprios acadêmicos ao vivenciarem as PICs em sua vida acadêmica, profissional e pessoal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com produção compartilhada sobre os resultados alcançados por meio do PRO-PET-Saúde da UFC, ressaltamos as etapas do aprimoramento coletivo que teve repercussões na prática dos participantes do subprojeto PICs nas Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família, evidenciada com atuação prática, uso pessoal e desenvolvimento da aprendizagem com partilha de conhecimentos sobre PICs, também evidenciado na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Quanto ao conceito de produção compartilhada, descrevemos em seu sentido instrumental, por tratar-se de uma abordagem que enfatiza a conversação entre os participantes do estudo expresso em depoimentos sobre os processos vividos tendo como base a melhoria da comunicação e a produção de ideias e significados de forma compartilhada. Segundo Santos (2009) trata-se da relação entre as partes e o todo para efetiva construção do conhecimento.

Evidenciamos que a mesma informação pode ser vista de outras maneiras, e por tal razão, permite que as pessoas pensem juntas e compartilhem os resultados que surgem dessa interação sem, no entanto, procurar analisá-los ou julgá-los de forma imediata. A conversação e a relação dialógica que procuramos retratar buscam os seguintes resultados: melhoria da comunicação entre os interlocutores; observação compartilhada da experiência; produção de percepções e ideias novas.

Nessa perspectiva acontece o diálogo ampliado que estimula a percepção cooperativa do real, inserindo um olhar de estudo na prática com a fertilização de ideias, criatividade e de participação mútua.

Quanto ao conceito de experiência, trata-se do ato ou efeito de experimentar. Conhecimento adquirido graças aos dados fornecidos pela própria vida. Ensaio prático para descobrir ou determinar um fenômeno, um fato, experimento, adquirido através da utilização dos sentidos. Busca do conhecimento pela prática ou observação, habilidade de aprendizagem que se adquirem com a vivência: a experiência se relaciona a vida, ao trabalho, sendo construída por meio de modos de aprendizado obtido sistematicamente, sendo aprimorado com o passar do tempo (BUENO, 2007).

Ao tratar sobre o conceito de relato encontramos que significa ação ou efeito de relatar. Narração, descrição, explanação ou explicação feita oralmente sobre uma situação ou coisa, acontecimento, evento, experimento, conhecimento que se transmite geralmente de forma pormenorizada e orienta o relato descritivo sobre um determinado assunto. De origem do latim *relatus*, diz respeito aos contos e às narrações não demasiado extensas. É uma forma narrativa cuja extensão deve sintetizar o que é mais relevante e enfatizar aquelas situações que são essenciais para o desenvolvimento do mesmo. Apresenta-se como um modo de dar maior impacto com uma quantidade mínima de palavras sobre algo (BUENO, 2007).

Criamos um espaço de interação e integração, utilizamos ação dialógica no Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS)-UFC com docentes, acadêmicos da UFC, profissionais da atenção básica e clientela das comunidades envolvidas no subprojeto.

Envolvemos os seguintes cursos: medicina, farmácia, odontologia, enfermagem e psicologia, atuando no LABPAS-UFC, Horto de plantas medicinais e Prefeitura Municipal de Fortaleza- Ceará.

Em Fortaleza contamos com o apoio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, setor que promove à educação permanente em saúde do Sistema

Único de Saúde (SMS) articulado as sete Secretarias Executivas Regionais por meio dos respectivos Distritos de Saúde, contribuindo para a valorização dos trabalhadores (a) junto aos gestores, trabalhadores (a) do Sistema Único de Saúde (SMS) e comunidade em geral. Compõem esta coordenadoria as células de Educação em Saúde e de Valorização e Negociação do Trabalho em Saúde.

No nível da atenção básica foram envolvidas quatro Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS Pedro Celestino Romero, UAPS César Cals de Oliveira Filho, UAPS George Benevides e UAPS Paulo de Melo Machado) localizada em três Secretarias Executivas Regionais (Regional I, Regional III e Regional V).

Para organização e análise mais objetiva dos resultados, reunimos as informações numa espécie de categorias temáticas que foram analisadas de maneira colaborativa e compartilhada entre os participantes do Projeto de Educação Permanente. O período descrito desta experiência foi do ano de junho de 2012 a dezembro de 2014.

Salienta-se que o projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Ceará em 27 de fevereiro de 2014, parecer nº 543.731. Observando as interfaces contempladas na Resolução nº 466/2012, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Pesquisa e Ministério da Saúde. Seguindo diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Foi mantido o anonimato dos participantes e assinado após leitura em participar, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que contemplou os objetivos do estudo, as obrigações do pesquisador os direitos e deveres dos participantes, riscos e benefícios da pesquisa (BRASIL, 2012b).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Elaboração do Projeto de Educação Permanente - PEP

Usamos técnicas de abordagem dialógica e compartilhada. Realizamos uma roda de conversa, que surgiu como uma abordagem de prática reflexiva de conversação, apresentada nesse relato pensando o PRO-PET em sua capacidade plena ao direcionar o uso de estratégias de cuidado capazes de integrar saberes interdisciplinares e cultura popular.

A dialogicidade proporcionou aos sujeitos alcançar a comunicação, compartilhando saberes e práticas entre os envolvidos, por meio de palavras (MARTINS; ALVIM, 2012).

No início desse processo de diálogo, a realidade do subprojeto PICs do PRO-PET Saúde, mobilizou vários profissionais (preceptores e monitores) que referiam não ter formação em Práticas Integrativas e Complementares sugerindo à tutora necessidade de um planejamento sistematizado de educação permanente para a capacitação em

PICs, capaz de preparar o grupo para atuação no cuidado a saúde da família com uso dessas tecnologias de cuidado.

Aprendemos e confirmamos: o diálogo é a essência da educação. Como dizia Paulo Freire, “O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém”. Partindo desta premissa, o curso de educação permanente atuou junto com os participantes como sujeitos cognoscentes, imersos no mundo e com o mundo, sendo reconhecidos e ouvidos por meio de um processo de educação participativo, dialogal e ativo, estabelecido numa relação horizontal e recíproca por meio do diálogo que comunica (MARTINS; ALVIM, 2012).

Foi importante o grupo comentar que a introdução de práticas alternativas de assistência no âmbito dos serviços de saúde é um tema discutido desde a década de 1980, sendo citado na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que deliberou sua introdução no Sistema Único de Saúde. Um dos membros do grupo lembrou que o marco fundamental para normatizar a utilização destas práticas no SUS, ocorreu com a publicação da Política Nacional de PIC (PNPIC).

Um preceptor enfatizou a inserção das PIC na atenção básica (APS) observando que a mesma tem como objetivo aumentar a resolubilidade, realizar um cuidado continuado, integral e humanizado buscando normatizar a utilização destas práticas no SUS visando ampliar o acesso da população sugerindo que todos lessem sobre PICS (BRASIL, 2011).

Houve comentários que quando reconhecemos a pluralidade nos cuidados possibilitando outros saberes e racionalidades, com ampliação da variedade de recursos para a atenção à saúde, a comunidade sempre tem muito a ganhar. Eles lembraram que são encontradas abordagens sobre esse pensamento sugerindo uma bibliografia para leitura complementar (ANDRADE; COSTA, 2010).

O diálogo foi finalizado com a construção de uma síntese das necessidades tendo como referencia a matriz FOFA (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) construída inicialmente por cada participante, seguindo-se a comunicação grupal de onde foram se estabelecendo o diálogo sobre as necessidades do grupo e decisão sobre o que contemplar no projeto de Educação permanente.

Organizamos várias ideias sobre os empreendimentos educativos: cursos (Arte terapia e abordagem grupal, Florais,) oficinas (meditação, massagens, fitoterapia e plantas medicinais) e laboratório de experimentação (Reiki, Magnified Healing, acupuntura, aromaterapia, terapias tradicionais chinesas - MTC, massagens relaxantes, shiatsu, reflexologia, auriculoterapia e fitoterapia). O momento exigiu certo cuidado da tutora e preceptores no diálogo mantido sobre as PICs; foi necessário proporcionar maior compreensão das ideias apresentadas pelo grupo buscando dialogar sobre o assunto numa linguagem que aproximasse a prática e a teoria.

Um dos participantes lembrou as práticas integrativas e complementares citadas pela OMS (2002) e descritas por Barbosa (1994), onde são organizadas nas seguintes

classificações: as terapias físicas: acupuntura, moxabustão, shiatsu (e outras massagens), do-in, argiloterapia, cristais; fitoterapia: ondas, radiações e vibrações: radiestesia, radiônica; terapias mentais e espirituais: meditação, relaxamento psicomuscular, cromoterapia, impostação de mãos, toque terapêutico, visualização, Reiki; orações, rezas, benzimentos; fitoterapia (não especificada) ervas medicinais, florais; nutrição: aproveitamento integral dos alimentos (não especificada), terapêutica nutricional ortomolecular, macrobiótica, vegetariana; terapia de exercícios individuais: biodança, vitalização; hidroterapia: hidroterapia (não especificada), massagens hídricas, banhos terapêuticos, pedilúvio, vaporização, sauna.

A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional, para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda hindu, a medicina unani árabe e a medicina indígena. Para a OMS, nos países onde o sistema de saúde realiza ações com base na biomedicina, a Medicina Tradicional é classificada como Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas. Esse termo significa um conjunto diversificado de ações terapêuticas que difere da biomedicina ocidental que incluem práticas manuais e espirituais, com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, reiki, florais, quiropraxia), atividades corporais (tai chi chuan, yoga, lian gong). Entretanto, não há consenso a respeito dessa nomenclatura, haja vista diferentes realidades e práticas no mundo. No México, usa-se o termo Medicina Complementar e Integrativa, em Cuba Medicina Natural e Tradicional, nos Estados Unidos e Canadá Medicina Complementar e Alternativa. No Brasil, utiliza-se práticas integrativas e complementares (SOUSA et al, 2012).

As propostas foram organizadas e se consolidaram em formato de quadro síntese a ser contemplado (Quadro 1) no Projeto de Educação Permanente.

Quadro 1. Propostas do Projeto de Educação Permanente

Tema/ano	Carga horária	Nº de participantes	Objetivos de Aprendizagem	Abordagem metodológica
Metodologia do Trabalho Científico (2012)	180h/ aula	19	Teve como objetivo evidenciar as possíveis pesquisas a serem desenvolvidas na prática de cada preceptor junto com os monitores. Instigar a elaboração de pesquisas de intervenção e conhecer a pesquisa-ação. Procurou desenvolver uma visão mais ampla de como usar as ferramentas de pesquisas qualitativas com a clientela assistida nas UBASF.	A metodologia fundamentada nos pressupostos filosóficos de caráter multireferencial, privilegiando dimensões significativas, humanistas e problematizadoras, sendo relevante a vivência dos participantes em situações que revitalizam o ser humano na sua integralidade e complexidade. Na metodologia cada curso/oficina/circulo de cultura/laboratório teve uma terminalidade específica, permitindo que o ingresso dos participantes já garantisse a continuidade da proposta pedagógica no campo de prática/serviço. Foram utilizados auxílios pedagógicos em um ateliê, onde se dispunha de áudios- visuais,
Reiki (2012, 2013, 2014)	80h/ aula	29	Capacitar os acadêmicos, preceptores e outros profissionais da saúde em Reiki para promover o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual, procurando harmonizar energeticamente com a finalidade de prevenção, recuperação e bem-estar de si mesmos e da população atendida nos Postos de Saúde.	tais como: data-show, DVD, quadro branco e som nas experiências teórico-expositivas e nas práticas,
Radiestesia (2013)	8h/ aula	14	O curso teve como objetivo instrumentalizar preceptores e profissionais dos Postos de Saúde, assim como os futuros profissionais em formação. Foi ensinado como confeccionar e utilizar um instrumento específico, o pêndulo e como ele deveria ser utilizado para identificar os diferentes campos energéticos do ambiente e do corpo humano.	
Shantala (2014)	24h/ aula	16	Objetivou a potencialização do vínculo mãe-bebê, o curso de shantala e capacitar Agentes Comunitários de Saúde (ACS), acadêmicos e profissionais da saúde e pessoas da comunidade a estarem aptos para aplicar e orientar a realização dessa massagem terapêutica nos bebês da comunidade, tendo em vista os efeitos positivos comprovados por pesquisas científicas quanto a utilização dessa abordagem, variando desde a melhora no sono até o desenvolvimento neurológico, psíquico e motor.	

Massoterapia (2014)	8h/aula	16	Capacitar Agentes Comunitários de Saúde (ACS), acadêmicos e profissionais da saúde e pessoas da comunidade a estarem aptos para aplicar e orientar a realização dessa massagem conhecendo a sua função muscular e resposta ao estresse psíquico, a significância do toque na prática em saúde e melhoraria da qualidade de vida da população atendida, além da possibilidade de formação de vínculo terapeuta-paciente	assim como, nas vivências realizadas A certificação foi conferida pela Universidade Federal do Ceará através da Pró- Reitoria de Extensão.
Fitoterapia (2014)	8h/aula	16	Capacitar os acadêmicos, preceptores e outros profissionais da saúde para identificar as ervas, bem como plantas, cujas propriedades terapêuticas podem ser extraídas. Além de orientá-los a cerca da preparação e administração dos chás.	
Meditação (2014)	8h/aula	16	Capacitar os acadêmicos, preceptores e outros profissionais da saúde para aliviar a ansiedade, a frustração, medo, raiva, agitação, melhora o sono, combate o estresse e até mesmo ataques de pânico	
Florais de Bach (2014)	120h/aula	32	Proporcionar o conhecimento necessário para conhecer os 38 estados negativos da mente e vivenciar a harmonia interior. Procurando aplicar o conhecimento em sua vida pessoal e nos Postos de Saúde.	

3.2 Os participantes do Projeto de Educação Permanente

Enviamos um convite por e-mail aos preceptores, informando o conteúdo dos cursos e a importância da participação de todos nestes momentos de aprendizado. Cada preceptor repassou o conteúdo dos cursos a seus monitores em reuniões realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, informando data e horário das formações, ressaltando a importância da participação de todos neste processo de ensino e aprendizagem. Portanto todos os monitores e preceptores foram convidados, totalizando aproximadamente 26 participantes.

Optou-se em utilizar uma abordagem educativa geradora de reflexão da realidade, baseada na crítica, que vem sendo adotado no campo da educação para a saúde e educação popular em saúde nos municípios cearenses. Essa opção considerou que este projeto de educação permanente, utilizaria práticas pautadas na problematização das situações advindas da realidade dos sujeitos (preceptores e monitores), envolvidos

em situação de cuidado, na qual houvesse reflexão de seus diferentes modos de viver, cuidar de si e do outro (MARTINS; ALVIM, 2012).

3.3 Entre teoria e prática: iniciação a pesquisa e diversidade de produções

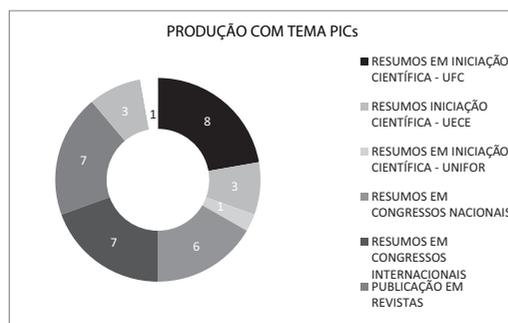
Essa etapa do processo foi de muitas descobertas que fomentaram a curiosidade científica que muitas vezes é tangenciada da reflexão pedagógica quando do envolvimento de metodologias que lidam com a arte e outras formas de linguagem para comunicação da aprendizagem, atribuída como de menor rigor científico. Durante esta etapa, um dos participantes manifestou o desejo de registrar os fazeres derivados das experiências vivenciadas e o desejo de promover uma cultura de pesquisa e socialização, o que proporcionou o desafio do desenvolvimento de produção científica por meio de projetos de pesquisa.

A primeira foi intitulada: Pesquisa-ação com Reiki em Grupo de Perdas Luto e Separação. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e teve como objetivo analisar os efeitos do Reiki, em pessoas participantes de um grupo de apoio ao luto. Este grupo de apoio/suporte ao luto PLUS+ transformação faz parte das atividades realizadas no Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação - PLUS+, desenvolvido no Departamento de Enfermagem da UFC (DENF) com suporte de práticas integrativas e complementares para o autocuidado.

A segunda pesquisa: Florais de Bach: terapia complementar no atendimento odontológico. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e teve o objetivo de investigar os efeitos do Rescue Remedy (Floral de Bach), no controle da ansiedade de pacientes agendados para o atendimento clínico em uma unidade básica de saúde da família do município de Fortaleza.

Desses projetos de pesquisa se produziram resumos, artigos, capítulos de livros, monografias, apresentados em eventos nacionais e internacionais mostrados no gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Produções científicas com a temática das PICs.



Ao verificarmos o impacto gerado entre os participantes dos cursos realizados pelo Projeto de Educação Permanente e a abrangência de eventos onde foram apresentados, emerge um nível de satisfação e constatação de que quando se tem uma proposta de motivação e espaço de compartilhamento da produção é possível o desenvolvimento crítico do grupo no exercício da formação, educação permanente e preparação para o trabalho. Nesse aspecto é significativa a ideia de pensar o projeto como uma ferramenta capaz de aproximar teoria e prática, assim reduzindo a distância entre esses níveis formativos, sugerindo um futuro mais dialogal sobre PICs entre os participantes, instituições e cenários de prática, independente das fronteiras que submetem a todos viverem separados.

Essa necessidade de integralidade da atenção à saúde foi ressaltada pelos participantes dos cursos realizados, afirmando que a experiência de formação se apresenta significativa na vida pessoal e familiar, manifestadas nos depoimentos que se seguem, retratando a razão prática e instrumental do cuidado a saúde a nível pessoal e profissional.

Com a intenção de conhecer o que as Práticas Integrativas proporcionaram a cada monitor, foi lançada uma pergunta norteadora: qual o significado das PICs em sua vida pessoal, familiar e como futuros profissionais?

3.2.1 Nível pessoal

A utilização de técnicas energéticas para tratamento pode gerar estranheza, por muitos desconhecerem suas origens e eficácia. Embora outras culturas aceitem há muito tempo a ideia de uma energia universal ou força vital que permeia todas as coisas, a cultura ocidental é mais reticente (McKENZIE, 2010).

O mais interessante foi começar a divulgar isso dentro do âmbito familiar, percebendo a reação das pessoas, a começar pela estranheza, depois pela dúvida e por fim, pela aceitação. (LCF-monitora do curso de enfermagem)

Segundo Cordeiro et al (2014), iniciações em Reiki, tornaram os iniciados mais pacientes e desejando maior proximidade das pessoas, passando a vê-las como um todo de maneira holística. Ampliou o desejo de manter-se conectados ao próprio corpo e visualizar o outro como um ser que necessita de amor e atenção.

A partir da iniciação em Reiki, meus relacionamentos se tornaram mais harmoniosos, modifiquei meu comportamento em relação às dificuldades, passei a ser menos pessimista e crítica com as pessoas e comigo mesma, compreendendo que algumas situações fogem da minha capacidade de resolução. A terapia Reiki também proporcionou muitas mudanças no campo pessoal da minha vida. (CMF- monitora de enfermagem)

No início do projeto, eu experimentei muitas terapias alternativas, fiz sessões de Reike, Massoterapia, Auriculoacupuntura, Acupuntura com agulha, Reflexologia Podal, e fiz uso também de Florais. Todas essas terapias me acrescentaram uma melhoria de vida, me tornando uma pessoa mais equilibrada. (CMF- monitora de enfermagem)

O cuidado individual do terapeuta Reiki consiste em autoaplicações diárias, este autotratamento faz parte do processo de iniciação, considerando que há necessidade de doação diária durante pelo menos 30 dias após treinamento, fazendo isso, ocorre um ajustamento físico, mental para a nova energia que carregamos e nos tornamos um canal mais livre para o Reiki. A cada autoaplicação ocorre limpeza energética que proporciona bem estar e relaxamento. (CORDEIRO, 2014).

Hoje, com a utilização diária de algumas destas técnicas, percebi uma melhora espiritual, percebi que me tornei uma pessoa mais paciente e disponível para as pessoas que precisavam de mim. (EAE- monitora de farmácia)

Segundo Oliveira (2013), o Reiki é capaz de ativar as glândulas, os órgãos, o sistema nervoso e imunológico, auxiliando no tratamento do estresse, depressão e ansiedade. O cuidado em saúde com a imposição das mãos é capaz de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual, trazendo benefícios que vão além do corpo físico.

Aprendi que o ser humano, no processo de saúde e doença, pode ter uma participação decisiva e fundamental na cura; que nossas energias servem não apenas para nos mover e fazer coisas de que necessitamos mais que servem para nos dar e dar a outros um equilíbrio emocional. (PHCS-monitor de fisioterapia)

Os curadores não fazem milagres. A cura está limitada pelo que o corpo físico pode fazer. Ao desobstruírem o caminho para seu verdadeiro EU, os pacientes curam a si mesmos (BRENNAN, 2006).

Anteriormente ao contato com essas terapias integrativas e complementares, eu me encontrava em um quadro de tristeza profunda, desanimada, com choro contínuo e alterações no padrão de sono e apetite, e sem interesse em realizar as atividades diárias. Analisando as mudanças e a forma como estas ocorreram em minha vida, concluo que as práticas integrativas e complementares me tornaram uma pessoa melhor, mais paciente, equilibrada psico-espírito-emocionalmente. (CMF- monitora de enfermagem)

A doença em sua essência é o resultado do conflito entre a Alma e a Mente. Ela tanto é evitável como remediável, e é trabalho dos que praticam cura espiritual e dos médicos fornecer aos que sofrem em acréscimo aos remédios materiais, o conheci-

mento do sofrimento causado pelo erro de suas vidas, e da maneira pela qual esse erro pode ser erradicado, para que, assim, se possa restituir ao doente a saúde e a alegria (BACH, 1997).

3.2.2 Nível profissional

Cada experiência negativa é uma lição de vida planejada para nos levar até a nossa verdade. Cada experiência de vida negativa pode ser vista como um ciclo de cura que nos leva para níveis mais profundos do EU, dos quais há muito tempo nos esquecemos. Quando a energia criativa aflora no mundo físico de uma forma pura e livre, ela cria saúde, felicidade, alegria e realização na nossa vida. A doença é o resultado do bloqueio da força criativa (BRENNAN, 2006).

Me permitiu retirar algumas barreiras pessoais e aceitar as práticas alternativas como opção necessária no processo de cura. Além disso, foi interessante propagar tais práticas dentro da universidade e perceber quantas pessoas ainda desconhecem esse campo e como a maioria tiveram realmente interesse em conhecer. Foi um crescimento muito importante para o meu futuro como profissional na área da saúde, pois terei a oportunidade de aplicar e promover essas práticas alternativas a fim de torná-las mais conhecidas e aceitas pela população em geral e por outros profissionais. (LCF-monitora do curso de enfermagem)

Conseguimos muito aprendizado não só com as práticas, mas também como lidar com o ser humano como um todo, com suas dores físicas e mentais. (SCC-monitora de enfermagem)

Somente poderemos fazer uma cura efetiva nos outros se pudermos curar a nós mesmos (CORDEIRO, 2014).

O projeto PRÓ-PET saúde, do Ministério da Saúde, que trabalha com Práticas Integrativas e Complementares é de grande importância para o desenvolvimento da minha carreira acadêmica, pois pode acrescentar uma experiência única na minha vida estudantil, pois posso ver de perto outra realidade de atendimento ao público e de resultados positivos através da melhora de pacientes com uso de práticas complementares, como acupuntura, reiki, MTC, (...) podendo participar do auxílio a aceitação dos pacientes. (EAE- monitora de farmácia)

No campo acadêmico, o projeto me proporcionou conhecer, de maneira profunda, várias práticas integrativas e complementares que não são enfocadas no currículo acadêmico. Através do projeto pude ampliar meu conhecimento em cuidar e tratar das pessoas, com a liberdade de optar por práticas variadas que não seja medicamentosa e que esse tratamento englobe o corpo físico, mental e espiritual. (CMF- monitora de enfermagem)

Todos os curadores e professores precisam percorrer o mesmo caminho, para ser um curador eficaz, é preciso um grande desenvolvimento pessoal, transformação e treinamento nas artes de cura. A parte difícil relacionada ao treinamento para a cura não são as técnicas, mas sim o crescimento pessoal pelo qual a pessoa precisa passar para ficar pronta para aprender as técnicas (BRENNAN, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que as atividades desenvolvidas no PRO-PET Saúde PICs, vivenciadas pela tutora, preceptores e monitores do subprojeto PICs, possibilitaram aos envolvidos a oportunidade de conhecer, cuidar e ser cuidado com Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Portanto esta é uma experiência exitosa e evidenciamos alguns pontos a serem destacados.

Recebemos um subprojeto criado para trabalhar o cuidado por meio das PICs, algo específico, desconhecido por muitos protagonistas do processo e pouco praticado na atenção básica de Fortaleza, Ceará. Conseguimos obter sucesso nas ações ao aderir à prática do diálogo, que criou a proposta da educação permanente, capacitando os participantes para atuarem como terapeutas realizando o cuidado voltado para a família e para si mesmo com práticas integrativas e complementares.

Conseguimos instigar a curiosidade de todos na busca do conhecimento e avaliação do cuidado prestado com PICs, nos pacientes freqüentadores da atenção básica, proporcionando a elaboração de vários resumos e projetos apresentados em universidades do Ceará e em outros estados do Brasil.

Constatamos que foi possível perceber durante as práticas de terapias, que muitos reconheceram suas próprias necessidades de ser cuidado, fato que colaborou para que fosse ampliada a ideia de cuidar de si e do outro envolvendo outras dimensões significativas na discussão.

Verificamos o reconhecimento e a importância de desenvolver cuidados à saúde da família com uso de PICs, por considerá-las eficazes, mesmo com poucos recursos e investimentos, ressaltando a modernidade e eficiência de suas práticas pela dimensão humanizadora do cuidado que acontece na relação terapêutica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p.497-508, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ext&pid=S0104-12902010000300003>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BACH, E. **Os Remédios Florais do Dr. Edward Bach**: cura-te a ti mesmo. São Paulo: Pensamento, 1997. 97p.

BARBOSA, M. A. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 1994. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466/ 2012b. Brasília: CNS, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. **Ministério da Saúde**. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET - SAÚDE. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.

BRENNAN, B.A. **Luz emergente: a jornada da cura pessoal**. São Paulo: Cultrix, 2006. 251p.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: FTD, 2007.

CORDEIRO, L. R.; SOUZA, A. M. A.; PAIVA, R. A. R.; SANTOS, F. L. S.; SILVA, M. M. Reiki com profissionais de saúde: iniciação de uma prática integrativa complementar para mudanças em níveis espiritual, profissional e pessoal. In: MATOS, K. S. A. L. (Org). **Cultura de paz, ética e espiritualidade IV**. Fortaleza: Edições UFC, 2014, p.487-499.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Rev. bras. enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 368-373, mar./abr., 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200025>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

McKENZIE, E. **A Bíblia do Reiki**. São Paulo: Pensamento, 2010. 400p.

McWHINNEY, I.R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 472p.

OLIVEIRA, R.M.J. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de stress: estudo placebo e randomizado**. 2013. 191f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2002.

PRO-SAÚDE. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde). **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>. Acesso em: 23 março de 2015.

SANTOS, P. M. A abordagem de Morin frente à construção do todo. **Revista Espaço Acadêmico [online]**, Paraná, n. 167, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7084>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SOARES, S. M. **Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos**. 2000. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOUSA, I. M. C. S. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov., 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>>. Acesso em: 02 mai. 2015.

Formação dos profissionais de saúde que atuam na estratégia saúde da família

Bruno Oliveira de Aguiar Santos

Ana Carolina Santana Praxedes

Ana Paula Soares Gondim

I INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) corresponde a uma política pública de saúde que teve início em 1994 sob a iniciativa do Ministério da Saúde (LIMA; PEREIRA; DRUMMOND, 2013). Apesar do termo “programa”, a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) foi assumida, desde 2006, por se configurar como estratégia estruturante de orientação da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (LINS; ALCHIERI, ARAÚJO NETO, 2013).

O desenvolvimento dessa política envolve a participação das chamadas Equipes de Saúde da Família, compostas por trabalhadores de saúde de nível superior (médicos, dentistas e enfermeiros), reconhecidos como profissionais de saúde, bem como por trabalhadores de nível médio (auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) (BRASIL, 2012).

O tema recursos humanos vem ocupando a agenda da política de saúde como ponto nodal para a implementação do SUS do Ministério da Saúde, como a ESF. Esse tema enfrenta desafios relativos tanto a aspectos quantitativos de distribuição e fixação de profissionais como qualitativos, ambos referenciados à formação profissional (HADDAD et al., 2010).

Os trabalhadores da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Destacam-se nesse ponto, a formação e educação permanente dos profissionais com cursos

voltados para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto (COTTA et al., 2006).

Os profissionais de saúde sem uma formação voltada ao modelo da ESF podem impactar de forma negativa no desenvolvimento das atividades clínicas e coletivas, prejudicando conseqüentemente a obtenção de resultados e indicadores satisfatórios almejados (MARTELLI et al., 2010).

Dessa forma, conhecer as características dos profissionais que estão atuando nos municípios com a ESF é de relevante importância, a fim de verificar a competência para desenvolver as atividades exigidas, correlacionar as suas titulações e a utilidade para o modelo, bem como captar a percepção desses profissionais das reais necessidades da estratégia na prática cotidiana no que se refere à formação profissional.

Embora a literatura evidencie que ainda há necessidade de se investir em qualificação específica dos trabalhadores para atuarem na ESF, como especialização em saúde da família, saúde pública, saúde coletiva ou residência/mestrado profissional em saúde da família, principalmente quando se considera o crescente número de equipes da ESF pelo País. A literatura ainda é incipiente de estudos sobre essa temática de recursos humanos e formação para atuar na ESF (FERRAZ et al., 2012; MONTENEGRO; BRITO, 2011; TOMASI et al., 2008; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo é, através de uma revisão bibliográfica, descrever a formação dos profissionais de saúde da ESF e fatores que influenciam nesse processo, bem como apresentar a evolução das políticas públicas que norteiam a formação em saúde no Brasil.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica através do levantamento de publicações de dissertações, teses, artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiências (MARKONI; LAKATOS, 2003). Foram incluídas duas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal da CAPES, realizado no período de fevereiro a maio de 2015.

A seleção dos descritores seguiu os critérios dos Descritores em Ciências da Saúde criados pela BIREME para servir como uma linguagem única. Os descritores da língua Portuguesa: “Recursos Humanos em Saúde”, “Formação de Recursos Humanos”, “Programa Saúde da Família”, “Estratégia Saúde da Família” e “Atenção Primária à Saúde”. Os descritores da língua Espanhola: “Recursos Humanos en Salud”, “Desarrollo de Personal”, “Estrategia de Salud Familiar” e “Atención Primaria de Salud”. Os descritores da língua Inglesa: “Health Manpower”, “Staff Development”, “Family Health Strategy” e “Primary Health Care”.

Foram identificados 151 artigos, desses 44 foram selecionados, pois preencheram os critérios de inclusão, definidos como: trabalhos publicados no período 2005-2015,

nos idiomas português, inglês ou espanhol; demonstrar relação do objetivo geral e/ou específico do trabalho com a formação em saúde na ESF; trabalhos publicados on-line no formato completo para análise e as principais publicações (Portarias, Manuais, Leis) do Ministério da Saúde que abordam a formação dos profissionais da ESF.

Constituíram critérios de exclusão: estudos voltados à formação dos profissionais de saúde de nível técnico; pesquisas e relatos de experiências formatados como trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias de especialização, relatórios de pesquisa, ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros e boletins informativos e estudos duplicados.

Para a análise dos trabalhos, utilizou-se uma leitura exploratória e analítica a fim de alcançar o objetivo deste artigo. Os resultados são apresentados com as questões referentes ao marco histórico da criação do SUS e seus documentos legais, além da análise dos artigos. A discussão será tratada conjuntamente com a apresentação dos resultados, sendo obtida pela análise dos resultados destes mesmos trabalhos e artigos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a sistematização dos resultados e discussão, a revisão didática do assunto foi organizada em cinco dimensões temáticas. A sequência dessa possibilita a compreensão da construção da ESF e do modo como o processo de formação em saúde vem sendo trabalhado para a adequação ao modelo proposto, tanto no âmbito acadêmico como pelas das políticas públicas de saúde, no intuito da capacitação profissional com habilidades e conhecimentos para a atuação na ESF.

3.1 O sistema de saúde e o surgimento da estratégia Saúde da Família no Brasil

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde, n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios, além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 1990; ROLIM; CRUZ; SAMPAL, 2013). A construção do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, Estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Inamps (SILVA, 2011).

Assim como a saúde passou a ser garantida constitucionalmente como direito de todos e dever do estado (art. 196), a partir da institucionalização da Constituição Fe-

deral de 1988, o ordenamento e a formação dos recursos humanos na área da saúde também passaram a constar em lei (art. 200, inciso III) como atribuição do Estado e competência do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Na tentativa de implementar as ações de saúde, o SUS foi gerido por Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOBs, instrumentos jurídico-institucionais editados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 1991 e 1996 após amplo processo de discussão com os demais níveis, gestores e outros segmentos da sociedade. Seu objetivo era aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores e normalizar o SUS (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Em 1994, visando à implementação e reorganização da atenção básica no SUS, o governo federal criou o Programa Saúde da Família (PSF). Esse modelo trouxe como eixos a definição de um território, compreendendo o contexto sócio-econômico-cultural das famílias que ali se inserem, o trabalho em equipe, a intersectorialidade e a aproximação dos profissionais de saúde e pacientes. Atualmente, mais de 20 anos depois de sua criação, é tido como umas das principais estratégias de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência (CERICATO; GARBIN; FERNADES, 2007; SOUSA, 2014).

No contínuo enfrentamento dos obstáculos e dos dilemas surgidos para alcance dos princípios do SUS, era de consenso entre as esferas de gestão que as NOBs não estavam conseguindo alcançar todos os princípios do SUS. Então, foi pensada outra estratégia em que a integralidade e a equidade pudessem levar à universalidade. Assim, no período de 2001 a 2002 foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS. Essa norma veio substituir as NOBs e previa a organização qualificada da Atenção Básica e de melhor resolubilidade (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011; SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional da Atenção Básica através da Portaria n.º 648/2006 (BRASIL, 2006) que fora revisada e atualizada posteriormente pela Portaria n.º 2.448/2011 (BRASIL, 2011a). Segundo a atualização, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e diretrizes do SUS (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Assim, Atenção Básica ficou definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2012).

A “Estratégia Saúde da Família” não se tratava apenas de um “projeto”, mas de um modelo estratégico de atenção básica com um curso essencialmente dinâmico e coletivo no seu processo construtivo, uma vez que novos desafios de saúde sempre geram discussões e novas reformulações (BRASIL, 2012).

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, dentista, agentes comunitários e auxiliares) cujo campo de atuação é o território-família-comunidade. Atualmente, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007; BRASIL, 2006, 2011a).

3.2 Características dos profissionais de saúde da estratégia Saúde da Família

Na literatura ainda há carência de estudos que descrevam as características dos trabalhadores de saúde nos mais diversos municípios do País (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014). De um modo geral, a formação dos trabalhadores de saúde não é adequada o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e para as práticas que contemplam as ações da ESF, representando objeto de preocupação na área de recursos humanos. Em vários estados e municípios brasileiros, há um número significativo de profissionais sem qualificação adequada para o trabalho na ESF (BATISTA; GONÇALVES, 2011; GIL, 2005; MONTENEGRO; BRITO, 2011; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Em estudo cujo objetivo era caracterizar o perfil dos profissionais da ESF do município de Teixeira (MG), Cotta et al. (2006) encontraram que 75% dos médicos tinham alguma especialização e 50% haviam concluído a residência. Dentre os enfermeiros, apenas 33,3% tinham especialização concluída. As equipes não dispunham de cirurgiões-dentistas. Além disso, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não receberam qualquer tipo de treinamento para trabalhar na ESF. Ressaltam ainda que a educação e formação dos profissionais é um importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto com enfoque na ESF.

Ainda no mesmo ano, Araújo e Dimenstein (2006) desenvolveram uma pesquisa sobre a estrutura e organização do trabalho dos dentistas da ESF de municípios do Rio Grande do Norte. Após entrevistas com 21 profissionais, constataram que nenhum possuía especialização em Saúde da família. Apenas 11 dentistas eram especialistas, mas em áreas específicas de Odontologia.

Em outro estudo sobre o perfil sócio-demográfico e ocupacional dos profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) do Estado do Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2006) encontraram que a residência médica e os cursos de especialização foram concluídos por, aproximadamente, 27% e 40% dos informantes, e apenas 1,6 % apresentavam

o título de mestre e/ou doutor. A especialização em saúde pública foi concluída por 18% dos profissionais, e a especialização de saúde da família por 14,8%. Esse último indicando esforços da Secretaria de saúde do Estado na capacitação dos profissionais do programa.

Em outra investigação realizada em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil para avaliar o perfil das equipes de saúde da rede básica, Tomasi et al. (2008) obtiveram o resultado que, dentre os profissionais de nível superior, somente 37% tinham especialização, sem diferença significativa entre as regiões. Os autores destacam a importância da formação de recursos humanos e a necessidade de qualificação e adequação dos profissionais aos novos modelos assistenciais.

Os dados da pesquisa quantitativa de Villalba, Madureira e Barros (2009) também corroboram os estudos anteriores. Os autores descreveram o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica de saúde no município de Campinas e analisaram sua adequação para atuação no SUS através da aplicação de questionário estruturado dividido em 3 partes: identificação pessoal, formação profissional e atividade profissional / política de saúde. Observou-se que apenas 27% dos cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação para a prática no SUS.

Diante desse cenário profissional da ESF, Duarte (2010) afirma que os profissionais que já estão atuando na estratégia devem ser permanentemente treinados e atualizados, pois o modelo do SUS necessita de trabalhadores capazes de reconhecer a extensão necessária de sua atuação e inserção em um conjunto articulado de ações.

Em 2010, através de estudo sobre o perfil do cirurgião-dentista inserido na ESF em municípios do estado de Pernambuco, novos dados corroboraram os estudos anteriores. Martelli et al. (2010) relataram que 77,8% dos dentistas (de um total de 115 profissionais) já haviam concluído algum tipo de formação, entre capacitação, aperfeiçoamento, especialização e residência, sendo 67,8% com foco voltado para a ESF. Desses últimos, 44,9% realizaram especialização com a particularidade de ser viabilizada por meio da parceria com as prefeituras. Os autores concluem dizendo que a necessidade de qualificação do dentista já inserido na ESF é premente, visto que a grande maioria apresenta formação profissional anterior ao processo de reforma curricular.

Ainda nesse ano, foi avaliada a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes de saúde da família dos 31 municípios que compõe a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Apresentavam especialização em Saúde da Família 25% dos médicos (n= 36), 61% dos enfermeiros (n= 41) e 36% dos dentistas (n= 22). Constatou-se que os profissionais mostraram menores deficiências com atribuições genéricas, relacionadas a métodos e técnicas básicas de cada área de formação, porém revelaram certas dificuldades tais como a busca de parcerias nas comunidades, estimulação da participação popular na discussão sobre direitos à saúde e o preenchimento de alguns formulários (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

A caracterização das Equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho foi abordada no estudo qualitativo de Marqui et al. (2010), aplicando questionários com profissionais e gestores pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Rio Grande do Sul. A amostra incluiu 49 profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e nutricionistas) de 39 equipes, abrangendo 26 municípios. Quanto à especialização, as principais áreas mencionadas foram Saúde Coletiva (16,7%), Saúde Pública (12,5%) e Administração Hospitalar (8,3%), demonstrando, ainda que seja pela minoria, busca por um aperfeiçoamento do conhecimento com áreas que colaboram para a proposta da ESF.

Importante contribuição também foi dada por Galisa (2011) com sua pesquisa realizada nos centros de saúde do município de Fortaleza (CE) sobre conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento, constatou que 64,3% dos participantes possuíam pós-graduação em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Aproximadamente 10% dos participantes não tinham nenhum tipo de pós-graduação.

Resultados positivos foram encontrados no estudo quantitativo de Coelho et al. (2011) com objetivo de identificar o perfil do Dentista na cidade de Montes Claros (MG). Dos 94 entrevistados, 57 (60,7%) apresentavam pós-graduação, entretanto a metodologia não investigou a área específica das especializações. Os profissionais entrevistados apresentaram, em sua grande maioria (85,2%), percepção do SUS como princípio norteador das políticas de saúde. De modo geral, o estudo considera os dentistas aptos à atual proposta da ESF em virtude de a maioria dos profissionais ter formação acadêmica recente e influenciada pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Também na cidade de Montes Claros, Leão e Galdeira (2011) desenvolveram estudo com objetivo de verificar a associação entre os atributos da atenção primária à saúde (APS) e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros. Sobre a formação profissional, registrou-se que 20 médicos (46,5%) possuíam a Residência de Medicina de Família e Comunidade e 22 enfermeiros (51,2%) a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. É importante ressaltar a oferta desses cursos através de uma parceria entre Ministério da Saúde, Prefeitura e Universidade de Montes Claros (MG). Verificou-se que as equipes da ESF com profissionais que realizaram os cursos citados apresentaram melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS.

Santos et al. (2012) realizaram uma pesquisa em 4 grandes centros urbanos (Araçaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) para analisar as práticas assistenciais integrais nas equipes de saúde da família. O estudo usou abordagem quantitativa, envolveu 156 médicos e 209 enfermeiros, que foram entrevistados através de questionários autoaplicados. Em relação à formação em Medicina de Família e Comunidade, 27,56% (n=43) médicos haviam realizado esse curso. Quanto à especialização em Saúde da Família, 43,58% (n=68) dos médicos e 43,54% (n=91) das enfermeiras apresentavam essa qualificação.

Buscando levantar as necessidades educacionais dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza (CE), Fiúza et al. (2012) fizeram pesquisa om uso de questionário semi-estruturado, contando com 375 respondentes, sendo 71 médicos, 182 enfermeiros e 122 dentistas. Sem distinção profissional, observa-se o seguinte quadro em relação à realização de pós-graduação: 42,66% (n=160) realizaram Especialização em Saúde da Família, 3,2% (n=12) Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 2,13% (n=8) Residência em Medicina da Família e Comunidade. Quando questionados sobre a necessidade ou desejo de realização de pós-graduação, houve significativo interesse dos profissionais em realizar cursos voltados à proposta da ESF, com destaque para Mestrado profissional, a Residência Multiprofissional em saúde da família e cursos de 40 horas.

Para qualificar ainda mais a atenção à saúde, é necessário investir na ESF, principalmente, na qualificação do acesso e na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área de APS e a instituição de um programa de educação continuada que alcance todos os profissionais (CASTRO et al., 2012). A educação permanente é fundamental para a aproximação do profissional com o SUS e a ESF (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

E, quando o ponto em questão na formação de recursos humanos é a disponibilidade de profissionais para atuar na ESF, observa-se na última década tendência de aumento de cobertura de atendimento da ESF pelo país, embora tal cobertura da população com consultas de saúde do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes disparidades regionais na utilização de serviços de saúde do SUS. A formação de novos profissionais de saúde e a adesão desses ao modelo de atenção básica deve ser medida ainda estimulada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

3.3 A importância da formação acadêmica e formação profissional para atuar na estratégia Saúde da Família

A qualificação profissional deve ser almejada pensando nos profissionais formados que já estão atuando ou atuarão ativamente nas comunidades, porém deve-se ter senso crítico para notar que o problema de se ter muitos profissionais despreparados para desempenhar o modelo sanitário proposto pode estar situado no momento pedagógico falho durante a graduação.

Partindo desse raciocínio, em 2001, o Ministério da saúde propôs mudanças na formação profissional dos acadêmicos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem orientadas pelas novas diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2001, 2002). No caso do curso de Medicina, atualizações recentes foram instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Diante dessas recomendações trazidas pelas diretrizes curriculares, estudos passaram a ser desenvolvidos no intuito de avaliar o impacto das medidas sobre o processo de formação de recursos humanos profissionais para a ESF.

No mesmo ano, outro estudo abordando a formação de médicos em Saúde da Família concluiu que estes não foram formados com o enfoque adequado em atenção primária à saúde. Os médicos afirmaram que fizeram estágios muito curtos no PSF (em média 2 meses), que sentiam dificuldade em trabalhar em equipe e consideravam a necessidade de especialização na área para trabalhar na ESF (GONÇALVES et al., 2009).

A percepção de dentistas sobre formação profissional foi trabalhada por Saliba et al. (2010). Os autores citam que as Instituições de Ensino Superior ainda encontram dificuldade em formar profissionais dotados de visão humanística, crítica e reflexiva, e com preparo para lidar com a comunidade, apesar de o setor público constituir ampla área de atuação de emprego. Complementam que, enquanto acadêmicos, os profissionais ao invés de buscarem atender às necessidades da população, vêem no paciente um objeto no qual o conhecimento teórico adquirido é praticado, desvinculando-o de sua realidade.

Com foco também na formação acadêmica para ESF, Costa et al. (2012) realizaram pesquisa sobre a percepção médica de discentes de medicina do 5º semestre sobre a ESF em uma universidade de Teresópolis (RJ). Os alunos expressaram, através de suas entrevistas, uma visão mais negativa que positiva em relação à Estratégia Saúde da Família. O trabalho propõe um melhor planejamento orientado pelas novas diretrizes para o ensino na APS, contextualizada à condição da integralidade para a formação de profissionais.

Por outro lado, em estudo sobre a percepção dos acadêmicos de odontologia da UNIFAL/MG quanto à formação em Saúde da Família, Lima, Pereira e Drummond (2013) encontraram que esses consideram sua formação em Saúde da Família adequada às necessidades da população. Segundo eles, isso se deve, em parte, à satisfação dos pacientes, além de considerarem o fato de conhecerem o serviço na ESF. Convém ressaltar que o trabalho retrata a opinião dos alunos, podendo esse resultado ser observado com cautela por se tratar de uma auto-avaliação positiva.

Diante dos trabalhos apresentados, faz-se necessário também observar o que a Nova Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 2.488/11) considera em relação ao processo de formação profissional na ESF. Segundo o documento, compete ao Ministério da Saúde:

- Estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica;

Além disso, compete às secretarias estaduais e municipais de saúde e ao Distrito Federal:

- Desenvolver ações e articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011a).

3.4 Quais as habilidades e competência desejadas para a atuação dos profissionais de saúde da ESF?

No que se refere à capacitação na ESF, todos os profissionais devem estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados nos cuidados dos indivíduos e famílias (BESEN et al., 2007; GIL, 2005). Devem também ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA et al., 2006).

Espera-se que os profissionais sejam preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, ético, qualificado, resolutivo, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Soma-se o fato de a realidade sanitária apresentar problemas cada vez mais complexos, que exigem, além de conhecimentos da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial (DUTRA et. al., 2012). É fundamental também criar condições para que o profissional consiga construir ativamente seu próprio conhecimento (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

O profissional de saúde da família deve ter habilidades nas clínicas de relacionamento, de desenvolvimento do trabalho em equipe, de estabelecimento de parcerias, de comprometimento com o usuário e de respeito individual e familiar quanto ao modo de adoecer ou ter saúde. Também serve de fonte de recursos para uma população definida no que concerne à prevenção e tratamento de agravos e doenças. Deve ter capacidade de manejar as situações adversas, seja no acesso às ações da atenção básica de saúde, no acesso aos demais níveis de complexidade, na manutenção estrutural de equipamentos e no manejo de recursos disponíveis para a prática em saúde (FERREIRA; SCHIMIT; CÁCERES, 2010).

A publicação mais recente que trata do perfil desejado dos profissionais de saúde da ESF é também a nova política nacional da atenção básica (Portaria nº2.488/11). Através de sua análise, percebe-se que existe uma definição de atribuições tanto comuns como específicas aos profissionais de saúde (Médico, enfermeiro, dentista e auxiliares).

O seguimento dessas atribuições pressupõe atividades a serem realizadas na prática profissional, exigindo habilidades e conhecimentos notórios em Saúde da família. Assim, para o alcance de um profissional apto à ESF é de suma importância uma matriz curricular que contemple tais aspectos durante a graduação na área da saúde, bem

como a capacitação dos trabalhadores em cursos de pós-graduação direcionados ao modelo, como, por exemplo, especialização em saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, residência multiprofissional em saúde da família ou mestrado em saúde da família (FIÚZA et al., 2012).

E, em consonância com as diretrizes curriculares, vale reafirmar que o profissional de saúde na busca desse perfil deve ter uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, devendo ter plena compreensão da população assistida.

Segundo Martelli et al. (2010), o modelo da ESF requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de compreender indivíduos, família e comunidade de forma sistêmica e integral, além das necessidades de se trabalhar interdisciplinarmente, de modo que o foco não seja apenas práticas clínicas curativas, mas também de ações de caráter preventivo-promocional.

3.5 A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional no SUS/ESF

Considerando que a ESF tem o papel potencial de eixo norteador da organização dos serviços de saúde municipais e que sua expansão tem sido contínua, é de fundamental importância a discussão sobre políticas de formação de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

De acordo com as leis orgânicas n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, as NOBs e as Conferências Nacionais de Saúde (VIII, IX, X e XI), a qualidade da atenção à saúde está intimamente relacionada com a formação de recursos humanos para atuar na saúde. Esses documentos acabam exigindo a necessidade de comprometimento das instituições de ensino com todos os níveis de atenção à saúde, bem como cobra do SUS o papel de interlocutor, orientando a formulação de projetos políticos pedagógicos e não somente a função de campo de prática (COSTA; MIRANDA, 2009).

Na busca pela qualificação profissional, ainda em 1998, o Ministério da Saúde por meio do departamento da atenção básica lançou um projeto dinamizador para a implementação do PSF: os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família, cuja concepção norteadora principal foi a de fortalecer a capacitação dos profissionais das equipes. Já em 2000, a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu (na modalidade de especialização e residência multiprofissional em PSF) representou outra iniciativa dentro dessa mesma perspectiva (BRASIL, 2005a; GIL, 2005).

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), desenhado pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, além da parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida. O programa propunha ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e in-

centivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Em 2003, importantes avanços no campo da gestão do trabalho no âmbito nacional também puderam ser vistos, como a criação da Secretaria Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), fato que significou dar à gestão dos recursos humanos um tratamento estratégico, focando na dimensão do trabalho e da educação na saúde para a formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (DE ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012).

Em fevereiro de 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e, como ação estratégica para sua efetivação, foram reorganizados os Pólos de Capacitação em Saúde da Família como Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (FERRAZ et al., 2012).

Visando à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica traduzidas pela ESF, em 2005, o Ministério da Saúde lançou em parceria com o Ministério da Educação o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Inspirado no modelo do PROMED, a intenção foi a integração ensino-serviço e a intervenção no processo formativo no sentido de que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas para outro processo, em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais e leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população (BRASIL, 2005b; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 2007, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) no bojo dos avanços obtidos com o Pró-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde e educação. O programa tem o foco na qualificação de estudantes de graduação e de pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização, defendendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Na perspectiva da PNEPS, que foi atualizada pela Portaria GM/MS n.º 1.996/2007 (BRASIL, 2007), a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e Educação, articula ações, denominadas Ações Estruturantes Interministeriais relacionadas à Reorientação da formação de profissionais da saúde, visando à integração ensino-serviço-comunidade, dentre as quais, destacam-se: fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS; formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal; Pró-Saúde; PET-Saúde; Telessaúde; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); Residência Multiprofissional em Saúde; Residência Médica; entre outros (HADDAD et al., 2008).

Já em 2011, o Ministério da saúde lançou a nova Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 2.488/11) (BRASIL, 2011a), na qual constavam novas determinações

para a formação profissional para a ESF. Em 2012, o Ministério da Saúde consolida e publica todas as atualizações no Manual da Política Nacional Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de induzir o progresso da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais planejadas para esse setor. Dentre as diretrizes, destaca-se o estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento e formação dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).

Considerando a necessidade de valorização, aperfeiçoamento e educação permanente do profissional da atenção básica, outra importante política instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde foi o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Essa estratégia é de extrema importância para a formação dos profissionais por estabelecer medidas, como a oferta de curso de especialização em Saúde da Família, pelo prazo de 2 anos (BRASIL, 2011c).

Uma das políticas mais atuais em vigor que vislumbram a formação e inserção de profissionais médicos (brasileiros e estrangeiros) na ESF é chamada de Programa Mais Médicos, que foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Lei n.º 12.871/13. Dentre seus objetivos, destacam-se o aprimoramento da formação médica no País e o fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço (BRASIL, 2013).

Vendruscolo, Prado e Kleba (2014) reforçam o discurso sobre a importância da formação profissional como política essencial das mudanças na prática de atenção à saúde. Tornar o tema prioridade nas agendas dos que conduzem e operam o SUS requer discutir a (co)responsabilização de todos que participam dos processos de formação e qualificação de profissionais e de gestores das práticas e dos serviços.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação na ESF exige habilidades e competências para o alcance das diretrizes propostas pelo modelo da atenção básica. Cabe aos profissionais de saúde buscar uma boa formação que lhe garanta essa aptidão tanto durante a vida acadêmica como ao longo da carreira profissional através de uma educação permanente.

Quanto ao panorama atual da ESF no Brasil, pode-se afirmar que as características dos profissionais de saúde ainda demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de resignificar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio.

Diante da trajetória de políticas públicas de saúde de incentivo à formação profissional, é de grande relevância a realização de estudos que avaliem o perfil de formação/capacitação dos profissionais de saúde nos municípios com ESF a fim de conhecer e adequar o quadro de recursos humanos às atualizações propostas pela Política Nacional da Atenção Básica.

A mera adesão profissional à ESF não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede, à melhoria da gestão e aperfeiçoamento da gerência do SUS. A capacitação profissional e o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde é indispensável frente à demanda da qualificação exigida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 219-227, 2006.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n. 1, p.21-30, 2007.

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**, v.10, n.3, p.53-60, jul./set. 2007.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: Significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BESEN, C.B.; NETTO, M.S.; ROS, M.A.; SILVA, F.W.; SILVA, C.G.; PIRES, M.F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Educação, 2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 7 nov 2001.

_____. Ministério da Educação, 2002. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CSE nº 3 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev 2002, seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **A educação permanente entra na**

roda: Pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005. Brasil, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE.** Portaria MS/MEC nº. 2.101, de 03 de novembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL, 2005b.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. BRASIL, 2006 .

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011a.

_____. Portaria n.º 1.654 de 19 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011b.

_____. Portaria n.º 2.087 de 01 de setembro de 2011. **Institui o Programa de Valoração da atenção básica – PROVAB.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política **Nacional de Atenção Básica. Série E, legislação em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Lei n.º 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. BRASIL, 2013.

_____. Ministério da Educação, 2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014). Diário Oficial da União, Brasília, 20 jun 2014.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saud**, v.7, n.1, p.45-52, jan.- mar. 2008.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: Perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, set. 2006.

CASTRO, R.C.L.C.; KNAUTH, D.R.K.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.9, p. 1772-1784, Rio de Janeiro, set. 2012.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF*, v.12. n.3, p.18-23, set./dez. 2007.

COELHO, M. Q.; COSTA, S. M.; MARTELLI, D. R. B.; MARTELLI JÚNIOR, H.; BONAN, P. R. F.; FRANCY, S. A. Odontologia no contexto do sistema único de saúde de Montes Claros, Minas Gerais. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v.47, n.2, p.65-72, 2011.

COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Formação profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 503-517, fev.2009.

COSTA, J.R.B.; ROMANO, V.F.; COSTA, R.R.; VITORINO, R.R.; ALVES, L.A.; GOMES, A.P.; BATISTA, R.S. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Revista brasileira de educação médica*, v.36, n.3, p.387-400, 2012.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: Um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v.15, n.3, jul./set., 2006.

DE ANDRADE, L.R.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C.V. Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*: Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, maio, 2012.

DIAS, H.S.A.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1613-1624, 2013.

DUARTE, A.PB. Ações educativas no programa de saúde da família: a qualificação dos profissionais para a promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, v.4, n.2, p. 22-24, 2010.

DUTRA, E.M.; VASCONCELOS, E.E.; TEÓFILO, J.K.S.; TEÓFILO, L.J.S. Atenção Integral aplicada à família: Relato de experiência. *Sanare*, Sobral, V.11. n.1,p. 55-59, jan./jun. 2012.

FERRAZ, F.; BACKES, V. M. S.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; PRADO, M. L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Sau e Transf. Soc.*, Florianópolis, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FERREIRA, M.E.V; SCHIMITH, M.D; CÁCERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p.2611-2620, 2010.

FIÚZA, T.M.; RIBEIRO, M.T.A.M.; GOMES, K.W.L.; PEQUENO, M.L.; BARRETO, I.C.H.C.; MIRANDA, A.S.; OLIVEIRA, P.R.S.; JUNIOR, R.M.M. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v.7, n.24, p. 139-146, jul.-set. 2012.

GALISA, DAYSE DJANIRA FURTADO. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde de Fortaleza, Ceará acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento** / Dayze Djanira Furtado de Galiza. - 2011. 87 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: Paradoxos e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 71p., 2012.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLL, T.; CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.5, p.382-392, 2009.

GUEDES, J.S.; SANTOS, R.M.B.; DI LORENZO, R.A.V. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, 2011.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.1, p.98-114, 2008.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C.R.; BRENELI, S.R.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.383 -393, jun. 2010.

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4415-4423, 2011.

LIMA, D.C.; PEREIRA, A.A.; DRUMMOND, E.S. Percepção dos acadêmicos de odontologia da UNIFAL/MG quanto à formação em Saúde da Família. **Rev Odontol Bras Central**, v.21, n.60, 2013.

LINS, C.F.; ALCHIERI, J.C.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a Partir das Crenças dos Seus Colaboradores. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 4, p. 533-541, out./dez. 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M.. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.956-661, 2010.

MARTELLI P.J.L.; MACEDO, C.L.S.V.; MEDEIROS, K.R.; SILVA, S.F.; CABRAL, A.P.S.; PIMENTEL, F.C.; MONTEIRO, I.S. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.3243-3248, 2010.

MONTENEGRO, L.C.; BRITO, M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest Educ Enferm.**, v.29, n.2, p.238-247, 2011.

OLIVEIRA, N.A.; MEIRELLES, R.M.S.; CURY, G.C.; ALVES, L.A. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Ver bras educ med**, v.32, n.3, p.333-346, 2008.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAL, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; PRADO, R.L.; GARBIN, C.A.S. Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. **Rev Odontol UNESP**, v.41, n.5, p.297-304, set./out. 2012.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T.; MARTINS, M.I.C.; CUNHA, M.S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Atenção básica no Brasil (1986-2000): Alguns destaques. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007.

SOUSA, C.D.F. Programa Saúde da Família - PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia**, v.10, n.18, p.207-215, 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n.2, p.202-212, 2014.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.193-201, 2008.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.30, n.1, p. 215-244, mar. 2014.

VILLALBA, J.P; MADUREIRA, P.R; BARROS, N.F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n.3, p. 262-268, 2009.



Colaboração interprofissional no contexto da residência multiprofissional em Saúde da Família

*Isa Carolina Ximenes Dias
Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Maria Socorro de Araújo Dias
Francisca Lopes de Souza
Maria Veraci Oliveira Queiroz*

I INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve-se organizar na perspectiva de gerar a reorientação técnico-assistencial que supere o modelo biomédico com vista a considerar a singularidade e complexidade do usuário e coletivos. A colaboração interprofissional é aliada nesse processo, pois segundo Saube et al (2005) esse conceito surge da urgência em estabelecer novas relações entre os profissionais de saúde, divergindo do modelo biomédico tradicional e partindo para diversidade de ações e busca de comunicação horizontal.

O Programa Saúde da Família consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) e utiliza-se de equipes multiprofissionais para atender as demandas da população e desenvolver integralidade. No entanto, a equipe de referência da ESF, constituída por enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene bucal, médico e Agentes Comunitários de saúde não são suficientes para atender todas as necessidades em saúde, assim são constituídos os Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Em meio a esse cenário repleto de mudanças surgem discussões em torno da formação profissional na área da saúde, pois questiona se os profissionais estariam preparados para trabalhar nesse novo contexto. Assim, nos últimos anos uma série de iniciativas de formação pós-graduada como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) vem sendo ofertadas. Trata-se de uma formação que pretende aproximar a formação

profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema (ROSA, LOPES, 2010).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) reúne diferentes categorias profissionais da saúde, com o objetivo de superar a fragmentação do conhecimento e do cuidado tendo como função primordial preparar esses profissionais para trabalhar em equipe multidisciplinar na ESF, com base nos princípios e diretrizes do SUS. (GIL, 2005).

Ao longo da formação os profissionais são instruídos a adotar uma postura disciplina-centrada de seus usuários e serviços que oferecem. Cada disciplina desenvolve referenciais teóricos que confirmam o acesso à sua alçada profissional e que muitas vezes são rigidamente delimitadas (D'AMOUR et al, 2005, p 117 apud Vieira, 2013). Quando a prática profissional é baseada em processos independentes não terá integração na equipe, mas se houver alguma margem para a colaboração a equipe pode desenvolver uma autonomia coletiva e um processo de trabalho mais integrativo. Nesse sentido surge a seguinte pergunta: A RMSF em caráter de atuação multiprofissional e multidisciplinar apresenta processos de colaboração interprofissional? Para responder essa questão de pesquisa o objetivo desse estudo é analisar a dinâmica do processo de formação dos profissionais de saúde da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase no desenvolvimento da colaboração interprofissional.

Segundo (D'Amour et al 2005 apud Vieira, 2013) a colaboração interprofissional é algo bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, vindo para dar respostas as necessidades envolvidas no trabalho em equipe, pois o desenvolvimento da interprofissionalidade implica em melhor entendimento dos determinantes e processos que influenciam a educação e a prática interprofissional.

Sendo a interprofissionalidade algo muito requerido para a qualidade da ESF e que esta enfrenta dificuldades para se instaurar nos serviços de saúde devido aos modelos ainda vigentes na formação dos profissionais da saúde, que conduzem a produção do cuidado numa perspectiva isolada e fragmentada, justifica-se o presente estudo pela necessidade de analisar a dinâmica do processo de formação dos profissionais de saúde da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase no desenvolvimento da colaboração interprofissional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, uma vez que este busca resgatar o máximo de informações que ajudem a entender melhor os problemas que atingem uma determinada comunidade e, assim poder chegar a uma resposta satisfatória (TRIVIÑOS, 1997). A investigação descritiva descreve a realidade, analisando e interpretando a natureza atual ou fenômeno (CABRAL e TYRREL, 1998).

Como cenário de estudo considerou-se o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no município de Sobral – CE. A Residência surgiu em

setembro de 1999 com o objetivo de qualificar os profissionais da rede de saúde do município com ênfase à promoção de saúde.

Levando em conta que na tradição qualitativa não se observa relevância da validação numérica o presente estudo trabalhou com as entrevistas de 6 residentes, sendo um representante de cada uma das seguintes categorias profissionais: Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia da 9ª turma de RMSF de Sobral.

Para abordagem direta aos participantes utilizou-se de entrevista com questões abertas, contemplando dados de identificação dos sujeitos do estudo (nome, idade, tempo de atuação na função e formação profissional) e questões relacionadas as suas experiências dentro da RMSF.

Na organização e análise dos dados coletados, inspiramo-nos no Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por D'Amour (1997 apud Vieira, 2013). As respostas dos sujeitos foram analisadas com base nas quatro dimensões, operacionalizadas a partir de 10 indicadores.

As respostas foram separadas pelas perguntas e de cada discurso eram retiradas expressões chaves que tivessem relação com o que diz os indicadores da pesquisa de D'Amour (1997 apud Vieira, 2013), a seguir classificava-se a qual indicador a expressão-chave se relacionava, bem como o nível de colaboração interprofissional que a expressão alcançara. Podendo ser o nível de colaboração ativa (nível 3), em desenvolvimento (nível 2) e colaboração potencial ou latente (nível 1). Por fim, elaboramos o gráfico de Kiviat, com a finalidade de apresentar uma visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido no programa de RMSF em estudo.

O estudo faz parte de uma pesquisa guarda-chuva aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, com o número de protocolo 1035.

3 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os níveis de colaboração interprofissional entre os residentes foram organizados em função das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo.

Dentro da dimensão 'Objetivos compartilhados e visão', o indicador 'Objetivos', os residentes obtiveram o nível 3. A evidência se apresenta nos depoimentos que seguem:

Tem uma reunião fixa todas as terças a tarde, onde a gente não ver só as questões das demandas das necessidades de território, mas a gente faz também a questão de planejamento de atividades, principalmente que a gente possa tá fazendo juntos, porque o objetivo principal da residência é esse: a questão multiprofissional, a gente também tem as rodas da unidade, onde a gente também ver as necessidades do território, não só residentes e sim

todas as pessoas que trabalham no posto (...) a gente tenta empoderar as pessoas a participar dos grupos e assim corresponsabilizar e aí nesse caso, não só os residentes, mas todos do posto. (Fisioterapeuta)

Tem as rodas ampliadas também que a gente faz dentro da residência de onde a gente também planeja atividades (...). Coordenação, residentes, tutores, preceptores. Praticamente a residência como um todo participa. (Nutricionista)

D'Amour et al (2008) diz que o objetivo mais passível de conseguir a coesão de grupo é a promoção de saúde centrada no cliente, assim destacamos a afirmação do residente quanto a reuniões feitas para planejar ações em torno das necessidades de território e a busca por uma integração com a equipe de referência do Centro de Saúde da Família (CSF). Além, disso também possuem momentos com o corpo docente da residência, ampliando dessa forma a interação com os envolvidos no processo de formação.

No indicador 'Orientação cliente-centrada x outras lealdades', da dimensão 'Objetivos Compartilhados e visão', os discursos revelam um nível de colaboração 2. D'Amour et al (2008) relata que existe uma variedade de lealdades, entre elas: à clientela, à profissão, à organização, ao interesse privado, dentre outras. Portanto, ajustes são necessários para chegar a uma negociação das prioridades. Diante do discurso exposto a seguir, observamos que os residentes oscilam sua lealdade entre a clientela e ao sistema de saúde que estão inseridos, o qual nem sempre realiza ações que refletem as verdadeiras necessidades da comunidade.

Alguns meses acontece da gente focar em determinadas atividades por que o sistema de saúde está focando nessas atividades. Campanhas da dengue por exemplo. A gente não tá trabalhando sozinho, estamos ligados a uma equipe, a um sistema que tem metas. (...) E eu tenho percebido que os trabalhos em equipe tem acontecido de acordo com as prioridades do município e da comunidade. As vezes o que a gente acha que precisa ser trabalhando não é o que a comunidade tá pedindo agora. (psicóloga)

No intuito de tornar o sistema de saúde mais resolutivo possível, além de conhecimentos técnicos, necessita que o profissional reconheça sua responsabilidade pelo território de atuação e desenvolva habilidades para atuar de acordo com o paradigma da saúde coletiva e da Saúde da Família. A integralidade, como princípio norteador da ESF implica uma abordagem do indivíduo e comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta aspectos sociais, culturais e econômicos, dimensões essa que os residentes devem levarem em conta nos processos saúde-doença e cuidado.

Em dimensão 'Internalização', no Indicador 'Convivência mútua' temos duas classificações de nível de colaboração. Quando relacionado a equipe mínima da ESF, de acordo com o relato exposto a seguir, uma convivência mútua com dificuldades de

interação com a equipe de residência, apesar da residência oferecer apoio matricial a equipe mínima. Configurando-se em uma colaboração de nível 2. Na perspectiva do apoio matricial o trabalho da equipe multiprofissional deve agir complementando as ações da equipe de mínima do CSF, agindo juntamente com ela, tanto no atendimento direto ao cliente, como dando suporte técnico-pedagógico (BRASIL, 2009).

Deveria ter mais com a equipe mínima, pela função de apoio matricial, só que a gente só consegue aproximação com a enfermagem e com os agentes de saúde. (Educador Físico)

Já na atuação da equipe de residência percebe-se um nível 3 de convivência mútua, pois devido a carga horária de 60 horas semanais e a maioria dos residentes serem naturais de outras cidades, criam laços de amizade, fazendo com que a vivência se estenda para além da ambiente de trabalho.

Depois que eu entrei na residência esse tem sido meu principal ciclo de amigos. Por que com a história das 60 horas a gente acaba convivendo mais uns com os outros, também tem a história que a maioria não é daqui. Eu acho que não tem um final de semana que eu não me comunico com algum dos meus colegas da residência. (Psicóloga)

Essa interação que as circunstâncias de vida dos residentes promove, contribui para a colaboração interprofissional e conseqüentemente para a proposta da residência, pois para D'Amour et al (2008) os profissionais devem se conhecer pessoalmente e profissionalmente já que estão desenvolvendo um sentimento de pertença a um grupo e pretendem alcançar êxito em objetivos comuns. A familiarização dos sujeitos ocorre em ocasiões sociais, atividades de formação e troca de informações formais e informais.

Nos discursos observamos a formação de uma confiança parcial entre os residentes, alcançado nível 2 em colaboração, no que se refere a Dimensão 'Internalização', do Indicador 'Confiança'. Quando indagados quanto a quem confiaram para compor uma equipe de trabalho se fossem secretários de saúde, as falas mostram que confiam em parte de suas equipes ou na sua própria categoria profissional.

Na residência você acaba se aproximando mais da sua categoria e da sua equipe, são pessoas que você se reúne ao menos uma vez na semana com elas. Então eu acredito muito no potencial da minha categoria (Psicóloga)

Citaria a psicologia. A psicologia pra mim é como se fosse uma categoria que pensa mais do que a gente. A gente percebe isso dentro de tudo, no planejamento, na ação. Estão sempre calculando as ações, o início, meio

e fim. A enfermagem também, por ter o conhecimento, a gente não pode desvincular da gente e negar todo o tempo que a gente tem de experiência na atenção básica em relação a outras categorias. (Enfermeira)

D'Amour et al (2008) diz que a colaboração só é viável quando existe confiança nas competências e capacidades de assumir responsabilidades dos outros, pois a confiança reduz incertezas e quando há incertezas dados mostram que o profissional tende a monopolizar a responsabilidade sob o cliente o maior tempo que puder, para evitar colaborar.

Tendo em vista os depoimentos, percebe-se que apesar da convivência intensa os profissionais ainda apresentam evidências da valorização de núcleo de trabalho. Entendemos que no contexto da residência dentro da ESF é importante estabelecer novas relações entre os profissionais de saúde, baseadas, agora, na interdisciplinaridade a fim de construir novas formas de produção do cuidado, que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico (Saupe et al, 2005).

O Indicador ‘Ferramentas de Formalização’ da dimensão ‘Formalização’ é apresentado a partir dos depoimentos a seguir:

Nós temos uma ficha que a gente preenche, que vai pro sistema da residência chamado Sistema da Residência Multiprofissional que a gente chama de SIREMU. Nessa ficha você coloca o perfil do usuário que eu acompanho e se eu to realizando compartilhamento de caso entre todos os profissionais. Eles avaliam se eu consegui dialogar com a equipe multi, se eu consegui fazer uma intervisita, uma interconsulta, se eu consegui elaborar um projeto terapêutico, uma intervenção na roda, participar de matriciamento nosso para a equipe mínima. (Fisioterapeuta)

Tem o SIREMU que é um pouco confuso, mas ele é um instrumento novo que tá se formando. A diferença desse informe é a questão da articulação entre categorias. (Enfermeira)

O Sistema de Informação da Residência (SIREMU) citado pelos residentes está previsto no projeto pedagógico da residência de Sobral como um dos meios de avaliação. O residente deve informar mensalmente às ações que estão realizando, possibilitando uma reflexão sobre as ações realizadas e o público que atende e assim orientar a produção do cuidado futuro. A ficha do sistema dá ênfase nas ações realizadas com colaboração interprofissional, como intergrupos, interconsultas.

D'Amour et al (2008) apresentam que a formalização é um meio de clarear as responsabilidades dos integrantes do grupo e negociar o compartilhamento das responsabilidades. Existem diversos tipos de ferramentas de formalização, entre elas o sistema de informação, no entanto o Sistema de Informação da Residência é expresso

em um dos discursos como um sistema novo ainda em construção, justificando assim um nível 2 de colaboração interprofissional.

Atribuímos no Indicador ‘Troca de informação’, da dimensão ‘Formalização’ um nível de colaboração 3, de acordo com os depoimentos a seguir:

A gente tem sempre essa responsabilidade de traçar, não só com a nossa equipe, mas com a equipe da unidade essa questão de você tá mostrando que fez visita, de como foi, no que deu, o que você pode dividir com a enfermeira, que contribuições ela pode dá, o que ela pode fazer, o que você pode fazer. A gente tem essa rotina de compartilhamento de casos, não só com a nossa equipe, mas também com a unidade inteira. (Fonoaudiólogo)

Os residentes relatam que por diversas formas compartilham casos entre si e com a equipe mínima da unidade básica de saúde, isso quando não realizam a intervenção com os clientes na companhia dos outros profissionais. Enxergam esse compartilhamento como uma responsabilidade com a comunidade que assistem.

D’Amour et al (2008) relatam que a troca de informações refere-se à existência de uma infraestrutura de informações para permitir a troca rápida e completa da informação entre os profissionais envolvidos. Os depoimentos sugerem que a residência oferece um ambiente propício para que os profissionais compartilhem conhecimentos e opiniões sobre os casos por vezes no momento em que a situação é apresentada.

O indicador ‘Centralidade’, da dimensão ‘Governança’ apresenta nível de colaboração interprofissional 3. Os residentes expressam que desde o início da formação, no momento em que são divididos em equipes multiprofissionais eles têm o entendimento de que devem exercer um trabalho colaborativo. No entanto, a atuação em equipe multiprofissional em si não é condição suficiente para garantir que os trabalhos profissionais caminhem para uma assistência integral.

Dentro do trabalho em equipe multiprofissional é importante identificar como cada profissional realiza seu trabalho no âmbito individual e coletivo. Quando inserido em uma equipe de ESF que atende a comunidade realizando um trabalho com abordagem fragmentada o residente pode ter suas ações também realizadas na mesma perspectiva, pois a formação profissional ainda é marcada pelo modelo convencional de atenção baseado nas especialidades médicas e um sistema de saúde fragmentado (CAMPOS, 2007).

A centralidade diz respeito a uma direção clara e explícita que se destina a orientar as ações para a colaboração. Nas falas, os residentes relataram que nas vivências teórico-conceituais realizadas na Escola de Saúde de Família é abordado temas voltados para a atenção integral dos indivíduos e interprofissionalidade.

Essas vivências teórico-conceituais conformam a matriz curricular do Programa de Residência e constituem um conjunto de saberes que ao longo da experiência na ESF

se consolida e estrutura o residente para o “aprender a fazer”, o “aprender a ser” e o “aprender a saber”. Elas dão suporte teórico aos residentes para atuação no território e permite que eles discutam suas dúvidas e problemas com tutores, preceptores e colegas. Tais vivências se dividem nos chamados ciclos de aprendizagem, que apresenta-se aqui para uma compreensão deste contexto: Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Promoção de Saúde; Planejamento em Saúde; Vigilância em Saúde; Organização da Atenção em Saúde; Avaliação em Saúde; Participação Social em Saúde; Educação Popular em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Família e Geração; Saúde, etnia e gênero; Metodologia da Pesquisa Científica.

Para a abordagem integral ao indivíduo/família leva-se em consideração seu contexto social, familiar e cultural de forma a garantir um cuidado longitudinal com a realização de práticas que integrem ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção. A integralidade pode ser entendida ainda como na organização das práticas dos serviços de saúde orientada pelas necessidades da população.

Pelo exposto percebemos que para suprir as necessidades da clientela de forma integral um conjunto de saberes e práticas precisam se fundir (BRASIL, 2009). Assim, analisando os ciclos de aprendizagem e levando em conta a utilização de saberes nas práticas diárias podemos dizer que as vivências teórico-conceituais intentam orientar os residentes dentro de uma perspectiva interprofissional vislumbrando a integralidade da atenção à saúde.

A residência é puramente isso. Um dos focos principais é isso (...) sempre a gente tende a seguir o que já existe (...) tá lá no seu quadrado e vire e meche a gente tende a cair nesse vício de tá trabalhando no nosso quadrado (...) O que acaba acontecendo com a equipe mínima ao longo do tempo (...) a vantagem da residência é isso que a gente tá lá no território e quando chega na escola de saúde, a gente tem a lembrança de que a gente poderia ter feito muito mais com o caso ou com a situação. (Enfermeira)

D'Amour et al (2008) assinala que uma liderança deve conduzir um grupo de pessoas transformando-as em uma equipe que gere resultados. Nos discursos, os residentes relatam que os líderes da 9ª turma de residência incentivam o debate de opiniões para que se chegue a um acordo, além disso, as lideranças influenciaram aqueles mais retraídos a assumirem postura mais firme e de liderança em algumas situações. Assim, entendemos que na residência existe uma liderança compartilhada e consensual, alcançando o nível de colaboração 3 no Indicador ‘Liderança’ da dimensão ‘Governança’.

Têm pessoas que são mais tímidas, não têm tanta essa questão de formação política (...). A galera do serviço social e da psicologia sempre são pessoas mais engajadas, são pessoas que têm esse perfil de liderança (...). Hoje

somos pessoas bem mais articuladas e é legal essa questão da gente se permitir também por conta da articulação intersetorial. Uma vez que você trabalha junto você consegue. É muito legal você ver que a pessoa tem perfil, que tem mais engajamento e desperta em você também a vontade de querer ser assim e muitas pessoas da minha turma, inclusive eu, eram mais tímidas, mais recuadas hoje estão bem mais engajadas, bem mais articuladas. Por que esse é o papel de liderança, motivar as pessoas. (Fisioterapeuta)

Uma equipe se mostra integrada quando proporciona aos seus componentes o debate das ideias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica, sendo tais elementos fundamentais para o estabelecimento do verdadeiro vínculo de equipe, no espaço interdisciplinar. Essa integração estimula os profissionais a elaborarem estratégias comuns de ações para resolver os problemas, proporcionando uma melhor prática.

Na dimensão ‘Governança’, o Indicador ‘Suporte para Inovação’, obtivemos o nível de colaboração interprofissional 3. Percebido através do discurso:

Sim. Acho que a gente tem trazido tecnologias e dados que têm avançado muito no nosso dia-a-dia. De uma certa forma nossos seminários, nossas resenhas traz alguns dados que nos favorecem muito no cotidiano. Que a gente daí compartilha né, porque as vezes o que tem no meu território a gente termina compartilhando com todo mundo. (Fonoaudiólogo)

Segundo D’Amour et al (2008) a colaboração leva ao surgimento de novas atividades e divide responsabilidades de forma diferente entre profissionais e instituições. Por consequência gera mudanças nas práticas clínicas e na partilha de responsabilidades entre parceiros. Estas mudanças representam inovações que devem ser desenvolvidas e implementadas. Nos depoimentos vimos que os residentes estão sempre criando propostas novas, pois perceberam que as unidades de saúde utilizam métodos de promoção de saúde que já não atrai tanto os usuários. Outro aspecto relevante é a questão de equipes de residentes compartilharem com a turma de residentes o que foi feito em seu território, permitindo que outros grupos se beneficiem com aquela experiência. Proporcionando dessa maneira a troca de saberes e a aproximação dos profissionais.

A colaboração interprofissional não irá ser efetiva apenas por ter pesquisas desenvolvidas sobre o tema. A efetivação das trocas e colaboração entre disciplinas e profissões só serão possíveis na prática pela ação dos indivíduos, daí a importância do desenvolvimento de tecnologias que permitam a atuação dos residentes em ações concretas, que poderão gerar ganhos reais aos usuários e a identificação de novas questões que mereçam a atenção dos interessados no tema (ALMEIDA FILHO, 1997).

O indicador ‘Conectividade’, da dimensão ‘Governança’, alcançamos o nível de colaboração interprofissional 2, apresentados pelas falas a seguir:

Aí assim no momento de roda de categoria que a nutricionista da residência uma vez por semana a gente se encontra, também faz discussão de caso. Temos uma roda discente, são só residentes, nomeamos cuidadores por categoria pra que essas pessoas vejam esse momento de cuidado, sempre antes das pautas a gente tem que fazer um momento terapêutico, até mesmo um momento que a gente possa desopilar pra que a gente possa se sentir mais em casa, mais acolhido. (Nutricionista)

Existem as reuniões por equipe, por categoria e a ampliada, com todos os componentes da residência, porém alguns residentes relatam que devido a carga horária exaustiva não conseguem aproveitar melhor os momentos de discussão. D'Amour et al (2008) diz que conectividade está ligada ao fato que indivíduos e organizações estão interligados, e que deve haver lugares para a discussão e para a construção de vínculos entre eles.

Representamos os resultados por meio do gráfico de Kiviat (Gráfico 1), que possibilita uma visão esquemática da colaboração interprofissional na RMSF, nos seguintes níveis: 1 - Nível de Colaboração Interprofissional latente; 2 - Nível de Colaboração Interprofissional em desenvolvimento; 3 - Nível de Colaboração Interprofissional ativa.

Por meio da análise e discussão dos dados visando a colaboração interprofissional na RMSF em Sobral – CE e considerando o apresentado no gráfico acima, observa-se que nenhum indicador apresentou valor 1, que corresponde uma colaboração latente. Os indicadores transitam entre os níveis 2 e 3, demonstrando que a residência multiprofissional tem potencial para atingir um nível de colaboração interprofissional ativa, que para D'Amour et al (2008) é a colaboração de mais alto nível.

Direciona-se então para uma colaboração estável entre parceiros, em que objetivos consensuais em comum são adotados, oportunidades frequentes de convivência



e realização de atividades conjuntas são desenvolvidas, criou-se uma infra-estrutura para troca de informações e é exercida uma liderança compartilhada e consensual. E pelos discursos dos residentes percebe-se que a RMSF tem promovido inovação no campo da saúde através do aporte teórico voltado para a interprofissionalidade que o curso oferece.

Figura 1 - Gráfico de Kiviat - Níveis de colaboração profissional entre os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos presenciando mudanças nas formas de gerir, organizar e produzir saúde no programa de ensino da RMSF que colabora para a formação de recursos humanos apropriados para essa nova realidade que prima por uma atuação interprofissional visando uma atenção integral à saúde.

A RMSF, como programa de pós-graduação em serviço, amplia a visão do processo saúde-doença, em vias do nível de colaboração interprofissional que alcança, tem a possibilidade de modificar a realidade de vida das pessoas, sobretudo no contexto da ESF.

Devido à reorientação dos serviços de saúde os profissionais necessitam desenvolver saberes e práticas para atuarem dentro de uma perspectiva interprofissional, em que os profissionais precisam abandonar uma lógica que é aprendida na graduação de atuação exclusiva com seu núcleo de práticas. É necessário que o profissional quando atuando sozinho saiba identificar o cliente com necessidades maiores e acionar o trabalho em equipe multiprofissional.

O uso do modelo de Colaboração Interprofissional proposto por D'Amour como referencial permite que observemos a presença de colaboração, analisando tanto as relações entre os indivíduos que compõem a equipe, quanto o contexto organizacional em que os profissionais atuam. Nesse estudo utilizamos os indicadores que permeiam a colaboração interprofissional para classificar a colaboração existente dentro da RMSF.

Dentro da residência, observamos que os residentes necessitam de espaços para discutirem as prioridades no atendimento e chegarem a um consenso junto ao sistema de saúde municipal em que estão inseridos. Outro desafio a ser alcançado diz respeito a integração da equipe de residentes com a de Saúde da Família, observa-se existir ainda resistência para que isso aconteça, assim como para a confiança total com toda a equipe de residência, ainda existe uma tendência para confiar no seu próprio núcleo de práticas.

A questão de formalização da residência é algo ainda a ser desenvolvido, pois o sistema de informação está em processo de construção e precisa de acertos para que haja uma melhor compreensão do sistema pelos residentes. O processo de forma-

ção em serviço é considerado rico pelos discentes, porém cansativo, devido à carga horária do curso, limitando o potencial para a produção de discussão e construção. A ampliação de espaços de debates entre gestão do curso de residência e residentes colaboraria para incrementar os processos de prática e aprendizagem, assim como produzir um cronograma que beneficie tais processos. Tais resultados demonstram que a RMSF de Sobral apresenta colaboração interprofissional em desenvolvimento.

As ações dos residentes são orientadas tendo em vista a promoção de saúde da clientela, essa consonância de ideias leva a criação de coesão dentro da equipe. Pelos resultados, pode-se inferir que os residentes conseguem realizar as ações supracitadas de forma interprofissional, pois desde o início da formação é esclarecido que a direção do curso é pensar e agir de forma colaborativa entre as diferentes categorias.

Os residentes mantêm uma forte convivência tanto em ambiente de trabalho quanto fora dele e conseguiram criar uma rede de compartilhamento de informações eficiente sobre os casos que acompanham. Além disso, desenvolveram uma forma de liderança entre seus pares em que os líderes natos conseguem estimular os demais a assumirem postura de comando quando necessário, sempre buscando alcançarem equilíbrio entre opiniões. Os aspectos descritos evidenciam uma colaboração interprofissional plena.

Diante dos achados do presente estudo percebemos que a colaboração interprofissional dentro da RMSF está em desenvolvimento, mas já apresenta sinais de que pode alcançar o nível mais alto de colaboração.

No entanto, percebe-se que a residência não possui instrumentos internos de avaliação, surge então a preocupação de que sem autoavaliações com ênfase na interprofissionalidade os rumos da formação possam se perder devido a falta de conhecimento sobre quais aspectos da formação que auxiliam para a colaboração e os que precisam ser melhorados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. A Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 11(1/2), 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CABRAL, I. E.; TYRRELL, M. A. R. **O objetivo de estudo e abordagem qualitativa na Enfermagem**: novas tecnologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAMPOS, G.W.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 23(2). p.399-407, 2007.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.F.; RODRIGUEZ, L.S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v.8, 2008 p.188-202.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care, Supplement**. v.1, p.8-20, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2007.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M.A. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 4, p. 814-827, 2010.

_____. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: [s.n.], v.34, n.1, p.92-96, 2010.

ROSA, S.D.; LOPES, R.E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação *Lato Sensu* no Brasil: Apontamentos Históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.479-498, Nov.2009/fev.2010.

ROWLEY, J. Strategic information systems planning. **Information Services & Use**, v. 15, n. 1, p. 57-66, 1995.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN, A.L.P.; BENITO, G.A.V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.9, n.18, p.521- 536, set/dez. 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIRA, F.M.B.R. **Colaboração Interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: o Caso de Sobral/CE**. 2013. Tese (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 2013.



Articulação ensino-serviço: um olhar crítico a partir dos preceptores do Pet-Saúde

*Rosane de Lucca Maerschner
Annatália Meneses de A. Gomes
Ana Patrícia Pereira Morais
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Ivana Cristina de Holanda C. Barreto*

I INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) considerada como política de educação na saúde é importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para transformação das práticas e incorpora o ensino em serviço enquanto recurso estratégico visando à qualificação da gestão do trabalho e da formação na saúde. Apresenta como atributos a reflexão sobre o processo de trabalho, a educação em serviço e a aprendizagem significativa em sua proposta pedagógica. Entende-se que os processos educativos elaborados a partir das realidades locais, envolvem trabalhadores, ensino, gestão e o controle social para o fortalecimento e a efetivação do SUS (BRASIL, 2009).

As diversas maneiras de ver e viver a vida e as transformações sociais que ocorreram ao longo dos anos criaram formas diferenciadas de se relacionar com o processo saúde-doença das pessoas e, conseqüentemente, exigem dos profissionais novas formas de atuação. Políticas relacionadas à vinculação, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde são consideradas essenciais e tem exigido dos gestores ações propositivas que visam refletir sobre as novas exigências de adequação do perfil destes profissionais (MERHY; FEUERWERKER, 2006).

Sobre a formação profissional, há consenso entre os críticos da educação, que a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, predomina nos cursos da saúde. Essas críticas sucedem há muitos anos, e partem das organizações docentes, estudantis e dos movimentos populares (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

O papel das práticas educativas deve ser revisto criticamente, a fim de alcançar a possibilidade de pertencer aos serviços, profissionais e estudantes a que se dirigem, e atinjam significados e produzam reflexão, viabilizem autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005).

O que se observa hoje é a tensão permanente existente nos serviços de saúde entre o que se deseja para o Sistema de Saúde e o que realmente acontece. A EPS vem no sentido de propor formas de se contrapor ao que ainda acontece no mundo do trabalho em saúde, onde as capacitações tradicionais, dentro da lógica do “modelo escolar”, organizadas de modo vertical e dirigidas indistintamente a públicos diversos, têm baixíssimo impacto, ou seja, produzem poucas modificações nas práticas dos trabalhadores da saúde (DAVINI, 2009).

A partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na área da saúde e a incorporação da EPS como linha pedagógica, o estímulo à interação ensino-pesquisa-assistência, a inclusão de dimensão ética e humanística e inserção precoce do aluno em atividades práticas de ensino-aprendizagem, aguarda-se uma nova geração de profissionais, que devem ter uma formação adequada para a realidade social e cultural (BRASIL, 1997).

Através da integração ensino-serviço, que permite um trabalho coletivo, pactuado, articulado e integrado entre estudantes, docentes, trabalhadores e gestores, acredita-se que propulsionará nos espaços de formação e de atenção novos formatos de intervenções educacionais e assistenciais transformando os serviços numa verdadeira rede-escola (CECCIM, 2005).

Partindo dessas dimensões o Ministério da Saúde propõe processos formativos de educação e de aproximação do ensino ao serviço, através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (BRASIL, 2008), entre outros, na perspectiva de incentivar a geração de conhecimentos, melhorar a qualidade dos serviços, da formação e do cuidado integral (BRASIL, 2005; 2008).

O PET-Saúde tem como público-alvo os profissionais do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da Saúde, cujos projetos são desenvolvidos por Instituições de Educação Superior (IES), em parceria com Secretarias de Saúde, em diversos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

O Programa visa, além de fortalecer e estimular a implantação das DCN, fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, desenvolver programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos trabalhadores da saúde, bem como de iniciação precoce ao trabalho, estágios e vivências, destinados aos estudantes, por meio do pagamento de bolsas. Envolve, portanto, profissionais vinculados à ESF na função de preceptoria, estudantes bolsistas e docentes atuando como tutores. Operam em conjunto nos vários cenários de práticas nos serviços e na comunidade (BRASIL, 2008).

A partir da incorporação de estudantes aos serviços e o inerente acompanhamento que se faz necessário, a atuação do profissional/preceptor nos processos implantados pode se tornar potente instrumento para o alcance das conquistas desejadas no plano educacional e de qualificação do SUS. Portanto, é fundamental a compreensão das suas funções e dos seus afazeres no exercício de sua prática.

Compete ao preceptor desempenhar o papel na aproximação/articulação entre saberes, práticas, serviços e sujeitos, objetivando a integração entre ensino-serviço-comunidade, apresentando seu modo de produzir saúde ao mesmo tempo aprender junto com os estudantes novas formas de intervir.

Estudos mostram que o preceptor é o elo da integração entre os valores da escola e a prática clínica, e o desenvolvimento de habilidades na resolução de problemas do cotidiano (BOTTI; REGO, 2011). A atuação do preceptor envolve ainda, dimensões humanas e pessoais que são relevantes para os processos de educação permanente e a transformação das práticas instituídas; as competências vão além de conhecimentos conceituais no campo da Saúde Coletiva, e passam pela capacidade de desenvoltura e conhecimento na utilização de métodos de ensino e no desenvolver de relações harmônicas e de participação entre os atores (PAGANI, 2012).

Torna-se, por conseguinte, relevante o estudo dessa função na ESF, uma vez que cabe ao preceptor proporcionar condições para a reflexão no campo da formação, de modo a aproximar às exigências do contexto atual da atenção primária, em que profissionais precisam desenvolver análise crítica, ética e humanística para um cuidado integral, em cenários complexos e diversos, mediante práticas colaborativas multi e interprofissionais.

O grande valor de estudar a percepção de profissionais inseridos na ESF está em compreender como esse processo interfere e interage em suas práticas. Nesse sentido interrogamos: quais significados os preceptores atribuem ao exercício da preceptoría no PET-Saúde? Quais fatores contribuem para o desempenho do preceptor? Quais dificuldades e potencialidades percebem no processo de trabalho da preceptoría?

Com base no exposto, este capítulo visa discutir os fatores que influenciam o trabalho do preceptor, bem como as potencialidades e dificuldades elencadas, na perspectiva da articulação ensino serviço. Apresenta parte da pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF/FIOCRUZ, nucleadora UECE, intitulada: “Preceptoría no programa de educação pelo trabalho na perspectiva dos profissionais de saúde” com o objetivo de compreender a percepção dos profissionais da Atenção Básica, vinculados ao Programa de Educação Pelo Trabalho no exercício da preceptoría.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, a qual se propõe trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e

atitudes, aprofundando a compreensão dos valores culturais e das representações de determinados grupos sobre temas específicos (MINAYO, 2012). Este estudo ocorreu em uma das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Foram entrevistados 15 preceptores que atuaram no programa PET–Saúde, da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, nos anos de 2009 a 2012, lotados em Unidades de Atenção Primária Saúde (UAPS) desta CORES, que exerceram esta função no mínimo um ano.

Utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada com um roteiro composto da identificação dos profissionais, e questões orientadoras, possibilitando ao participante falar abertamente sobre o tema. (MINAYO, 2012). As entrevistas foram gravadas em áudio digital, após autorização expressa dos entrevistados, através da concordância do profissional e do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para analisar os diversos aspectos expressos pelos participantes, empregamos a abordagem da Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2010). Optamos por efetuar as transcrições das entrevistas como um modo de aproximação do material coletado, iniciando uma escuta intensa e profunda. Após a transcrição, a reflexão com o conteúdo possibilitou apreender uma visão do conjunto, as diferenças e as convergências, decompondo os dados e fazendo a relação entre as partes. Os discursos dos participantes foram confrontados entre si e procedemos à classificação por diferenciação e depois via reagrupamento.

Na etapa final, elaboramos os eixos e as categorias, seguindo-se a análise dos resultados. O projeto desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o parecer consubstanciado n.614.308, e está em acordo com as normas da Resolução 466/2012 – Diretrizes e Normas Regularizadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012).

2.1 Caracterização dos participantes

Do total de entrevistados, 13 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Apenas um tinha vínculo comissionado, todos os outros eram concursados. A idade encontrava-se entre 33 a 53 anos, predominando a faixa etária de 33 a 46 anos. Com relação à profissão, sete eram enfermeiras, duas médicas, cinco odontólogos e odontólogas e uma farmacêutica. O tempo de atuação na saúde variou, indo de 8 a 29 anos, com domínio entre 10 e 18 anos de exercício. Quanto ao tempo de atuação na preceptoria, encontraram-se dois com apenas um ano; sete com dois anos e seis com três anos, sendo que apenas dois encontram-se ainda nesse exercício.

Destaca-se o fato de todos possuírem alguma pós-graduação. Dentre os cursos, oito concluíram Especialização em Saúde da Família, três cursaram Mestrado, sendo um em Saúde Coletiva, um em Odontologia Social e Preventiva e outra em Farmácia Clínica. O restante apresentava especialização em outras áreas da saúde, a saber: Saú-

de Pública, Gestão e Auditoria, Gerenciamento de Unidades de Saúde, Educação em Saúde na Enfermagem. Verificou-se que dos 15 entrevistados, três deles, a época da coleta de dados, exerciam funções gerenciais em UAPS da mesma Regional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procurou-se adentrar ao mundo da preceptoria, perfazendo o caminhar desse preceptor. Apreendeu-se com eles o significado de ser preceptor, identificando as relações e influências nessa função. Identificou-se como desenvolve o contato com os estudantes, suas práticas, desafios e potencialidades. As dificuldades que encontraram pelo caminho foram igualmente detectadas, bem como a superação delas. Por fim, identificaram-se questões relevantes que foram consideradas valiosas para incluir, uma vez que emergiram ponderações avaliativas acerca dos processos vivenciados.

Apreendeu-se que os significados de preceptoria na Atenção Básica estão impregnados pela construção dialética das relações individuais e coletivas e apresentam toda uma gama de desejos, interesses e compromissos.

3.1 Ser preceptor: um articulador e facilitador do ensino-aprendizagem no PET-Saúde

No desenrolar da pesquisa os entrevistados trouxeram o significado de ser preceptor, e a partir das falas e interpretações, construímos o conceito de “ser preceptor” no processo ensino-aprendizagem no PET-Saúde, descrito a seguir: O preceptor é um articulador, que apresenta a realidade no contexto do trabalho na ESF e do território adscrito, através do estímulo ao trabalho multiprofissional em equipe, com interação e criatividade, na busca de soluções de problemas de saúde, sendo responsável pelo aprendizado do acadêmico. Respeitando os vários conhecimentos e promovendo a troca de saberes entre todos os sujeitos, é um facilitador do vínculo com os usuários, transmitindo segurança e confiança para o estudante e comunidade, incentivando a pró-atividade, integrando-o ao cotidiano dos serviços e do funcionamento da unidade.

Essa significação vem ao encontro da almejada transformação da realidade da formação em saúde, e pode provocar movimentos no serviço, na gestão e nos acadêmicos; espera-se que a partir dessas vivências, no complexo cenário da AB, os estudantes levem para os cursos, suas reflexões e inquietações, potenciais produtores de efeitos transformadores no ensino, efetivando a Educação Permanente.

Missaka e Ribeiro (2009) perceberam, em estudo semelhante, que a relação preceptor-aluno é importante e decisiva no processo da formação médica, pois é a transição para as práticas profissionais, exigindo do preceptor habilidades específicas. Concorde-se com os autores e compreende-se que essa relação e habilidades são

importantes para qualquer que seja o processo formativo em serviço e devem ser fortalecidas.

Os dispositivos governamentais como o PRÓ-Saúde e PET-Saúde necessitam para sua adequada implementação de profissionais aptos a cuidar, a ensinar e a gerir suas práticas. Recai, portanto, no preceptor qualificado para a ação, que deve desenvolver habilidades para enfrentar o desafio de cuidar da aprendizagem do outro, não como donos do processo, mas como produtores de uma prática reflexiva, do trabalho em equipe, para autonomia e responsabilização (AFONSO; SILVEIRA, 2012).

Além dessas competências e habilidades pedagógicas como preceptor do PET, os profissionais têm atribuições administrativas de gerenciamento do projeto, como relatórios para preencher e entregar à coordenação da IES e o controle da frequência dos estudantes no cenário de prática, além de produzir artigos e trabalhos científicos.

O preceptor tem que conviver entre a função de preceptoria e a execução de suas atribuições inerentes a sua categoria profissional dentro da ESF, além de atingir metas e indicadores. No entanto, em vez de causar desânimo nos profissionais, todas essas responsabilidades atraem e o estimulam para o exercício da função, percebendo a vontade de ensinar e aprender, com os desafios e as potencialidades.

Enfrentar esses desafios é importante para o crescimento profissional e o exercício das atividades docentes em serviço; colabora na satisfação pessoal e no estímulo à qualificação das competências e habilidades no desempenho para o cuidado integral na Atenção Básica.

Constata-se isso na manifestação unânime do sentimento de gostarem dessa participação: Eu gostei de ser preceptora, estar do lado dos meninos, a gente se renova, adorei (E10); Eu me sinto valorizada, eu gosto de ser preceptora, é um plus (E8). Esse fato revela que essa função na Atenção Básica é bem aceita pelos trabalhadores que vivenciam a experiência, reforçando que a Educação Permanente é um processo importante na vida dos trabalhadores em saúde, acontece no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, gerando mais significado ao dia a dia desses profissionais (BRASIL, 2012, p.39).

3.2 Preparação para o exercício da preceptoria

Na análise do material coletados nas entrevistas, surge manifestações acerca das fragilidades na execução de atividades com os estudantes, relacionadas às questões pedagógicas. A atuação dos profissionais exige algumas competências nesse sentido para o exercício da preceptoria. A capacitação que recebem, segundo os mesmos, não é suficiente; é preciso investimento específico que prepare o profissional para o melhor desempenho. Os preceptores reconhecem essa necessidade e apresentam demandas relacionadas primordialmente para a necessidade de maior aprofundamento na formação pedagógica e em metodologia científica.

Marins (2011) considera que a mudança do nosso modelo de atenção e da gestão do cuidado passa pelos processos educativos em serviço, e que não basta ser profissional de saúde para exercer a função de preceptoria. O aprendizado na prática do dia-a-dia torna-se extremamente necessário. Também é imprescindível pensar no que se faz, de forma a produzir tais transformações. Esse autor entende que os preceptores foram formados no modelo tradicional, e recomenda a necessidade de promover a capacitação de preceptores em uma perspectiva de melhorias, formando profissionais com uma massa crítica que saiba atuar com problematização, no sentido do desenvolvimento de competências gerenciais e pedagógicas, num espaço de permanente reflexão.

Os preceptores manifestam a falta de maior investimento na formação para a pesquisa, escrita de artigos e trabalhos para eventos científicos, pois eram responsáveis em apoiar os alunos nestas atividades: A gente tinha os treinamentos da tutoria para a pesquisa, não era uma coisa muito aprofundada (E2); e eu tive dificuldade na parte de pesquisa, a gente tinha que apresentar trabalhos nos congressos, tinha que estar mostrando, porque o PET exigia isso, e a gente escrevia na marra [...] falta um pouco da questão pedagógica também (E3).

Expressaram necessidades formativas que os preparasse para lidar com as peculiaridades do ensino em serviço e com a multiplicidade das formações e experiências de vida. Além disso, comentaram que sua formação especializada era insuficiente para esse exercício e que capacitações oferecidas pela IES poderiam ser incrementadas, demonstrado pelas falas:

É a gente não sabia bem o que fazer, às vezes, eu era preceptora, mas eu não tinha nenhum curso de preceptoria, a gente sabe o que é ser preceptora, a gente conhece, mas eu acho que a gente tem que ter aulas, uma formação mais pedagógica (E8);

Com certeza eu tive dificuldades pedagógicas, a gente nunca estava preparado para ser preceptor, faltou experiência. Foi uma dificuldade tremenda a questão de metodologia científica, a tutora era muito preocupada com isso, dava muito apoio, mas a gente tinha uma limitação de conhecimento (E11).

Mohr (2011) corrobora essa discussão e acrescenta que nos cursos de formação de profissionais da saúde, não estão presentes elementos e fundamentos pedagógicos que os capacitem a lidar com a competência para a área do ensino. Afirma que a adequada formação e a reflexão pedagógica fazem-se indispensáveis a esse profissional e o que se tem visto, em geral, é a negligência da importância dos aspectos pedagógicos na formação dos profissionais de saúde. Necessitam de conhecimentos didáticos. Demandam conhecimentos e reflexões sobre o ensino-aprendizagem, bem como conhecimentos sociológicos e antropológicos para que se possa considerar o estudante ou o paciente de forma mais complexa e integrada aos seus elementos culturais, e como estes se cruzam com o saber profissional.

A percepção de ter que ser professor (E9) sem uma formação específica, conforme expressa a profissional E1: para mim, faltou uma preparação pedagógica, não técnica, mas pedagógica, mostra que essa recente atribuição delegada aos profissionais, precisa de investimento, tanto por parte dos gestores dos serviços, das Instituições de Ensino, bem como do Programa Federal.

3.3 Dificuldades no exercício da prática de preceptoria no PET-Saúde

Algumas incompreensões e constrangimentos nessa função foram referidos pelos profissionais. O recebimento da bolsa aparece como um aspecto dificultado nas relações com os outros profissionais. Talvez pelo fato da não compreensão do Programa por parte dos que compõe o conjunto das equipes nas unidades que, por não receberem o benefício, não se comprometem com as atividades. Isto revela falta de compartilhamento e de atuação colaborativa entre os componentes das equipes: Alguns colegas apoiavam outros não [...] porque era a tal coisa, a gente recebe a bolsa, então o colega achava que você é que era o responsável, tinha que conduzir só mesmo (E5).

Uma dificuldade vivenciada, comum a todos os preceptores, foi a incompatibilização de horários entre preceptores e alunos. Por pertencerem a cursos diversos, a disponibilidade para vivência no cenário de prática era diferente.

O preceptor, segundo o Edital (BRASIL, 2008) tem que ter disponibilidade de no mínimo oito horas semanais em serviço para estar em atividade com os acadêmicos e por esse motivo acabam exercendo o ofício mais do que o mínimo exigido no programa:

O desafio era a questão do horário, porque eu tinha alunos de vários cursos, quando eu peguei uma turma só de enfermagem, era mais fácil, porque vinham juntas, agora quando tinha vários, era mais complicado, porque ficava mais sobrecarregado para o preceptor, porque era muito complicado planejar atividades com todos ao mesmo tempo (E3).

Essas características podem prejudicar o planejamento de atividades conjuntas e dificultar a atuação interdisciplinar. Mas, pela utilização da criatividade e movidos pelo interesse, preceptores e alunos, sempre encontravam soluções para não prejudicar o aprendizado: a gente trabalhou muito de sábado, com oficinas, gravidez na adolescência para tentar minorar o problema (E13). Criaram alternativas possíveis para superar a barreira do horário, algumas vezes incompatíveis, como permuta entre os colegas também preceptores. Isso retrata vontade e habilidade para encontrar maneiras para que o aluno pudesse realizar ou acompanhar as diversas realidades do território: Pensamos em fazer um intercâmbio com todos os preceptores, aquele que tinha uma atividade, ficava com os alunos do outro, assim a gente foi construindo, a gente misturou e foi legal (E3).

Em estudos semelhantes que avaliaram o PET, foram detectados problemas semelhantes na compatibilização dos horários. Contudo, gradativamente, foram desenvolvidas maneiras improvisadas para sanar os problemas (ZEM-MASCARENHAS et al., 2012).

Essas dificuldades e superações fazem parte do aprendizado, uma vez que consensos devem ser pactuados. Uma escuta das partes, acerca das dificuldades e possibilidades de estarem disponíveis, deve ser discutida, possibilitando chegar a situações comuns para todos os envolvidos: os alunos eram fixos meus, se eu não podia naquele dia, eu conversava com as colegas e eles ficavam, acompanhavam a prevenção com a preceptora enfermeira, e vive versa, eu também ficava com os alunos dela (E11).

A dimensão da demanda é uma questão que aparece como uma dificuldade a ser enfrentada, e influencia no exercício, uma vez que se sentem, algumas vezes, pressionados por ela, em detrimento das ações junto à comunidade e para o devido acompanhamento do aluno: Eu acho que a principal angústia da gente é essa demanda exagerada, eu acho que no momento que a gente está com os alunos, a gente não consegue dar toda a atenção que a gente queria (E6); A demanda sufoca aqui (E5).

Franco (2013) faz uma interessante discussão sobre a construção imaginária da demanda. Afirma que ela é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado, e as relações entre trabalhadores e sua clientela. Possivelmente, a mudança dos serviços é a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de desconstruir o modelo instituído de produção de procedimentos em detrimento de produção do cuidado

Os preceptores têm a chance de conhecer outras possibilidades no trabalho multiprofissional em equipe, se libertando das amarras da “demanda sufocante”, revisar a prática do modelo baseado no pensamento hegemônico culturalmente construído nos serviços. O PET vem incrementar as possibilidades de organização dos processos, através do incentivo de ações de Educação e Promoção em Saúde e do trabalho multiprofissional.

3.4 A preceptoria, potencialidades e suas interfaces no trabalho em saúde

O campo de atuação dos preceptores é composto de muitas variáveis. Transcorrem pelas circunstâncias e condições de trabalho nas Unidades de Saúde e pela interação do preceptor com tutor, alunos, gestores, profissionais e comunidade, que constituem os atores sociais do Programa. Uma característica fundamental do PET na AB é a possibilidade concreta de integração do ensino com o ambiente de trabalho, por meio do contato dos estudantes com a realidade e experimentação orientada pelo preceptor, acompanhada por um tutor (docente da IES).

As circunstâncias e condições de trabalho do preceptor apresentam algumas dificuldades que podem influenciar nas atividades que devem ser realizadas, porém, não são predominantes e, muito menos, paralisantes no processo de trabalho da preceptoria, sobretudo no que se refere à estrutura do serviço.

As poucas condições de trabalho, como dificuldade no deslocamento para o território, carência de material didático e educativo, unidades sem infraestrutura adequada para práticas coletivas com usuários e reuniões com alunos foram relatadas: A gente tem dificuldade com o transporte para ir para as visitas (E9); A gente não tinha muito apoio, a gente precisava de um apoio logístico mesmo, um impresso, um lugar para se reunir, coisas assim (E5).

O preceptor enfrenta nessa função vários desafios e empreende muita energia para desenvolver essas atribuições; encontra-se no “olho do furacão” (CAPOZZOLO, 2003), uma vez que é ampla a complexidade do funcionamento das unidades de saúde. No caso da situação estudada, situavam-se na sua grande maioria em comunidades carentes, onde o tráfico e o uso de drogas eram recorrentes; comunidades em locais de risco, situadas ao redor de córregos e lagoas; além de pouca ou nenhuma articulação intersetorial entre os órgãos públicos na busca da solução dos problemas sociais dos territórios. Não raro, realidades antagônicas ao mundo familiar dos preceptores e dos alunos.

Essa dimensão de vulnerabilidade social implica manejo adequado para enfrentar o território, e percebe-se que mesmo frente a essa realidade, preceptores, alunos e tutores conseguem desenvolver bons trabalhos, adquirir e produzir conhecimentos e denota compromisso por parte dos sujeitos envolvidos em 'fazer dar certo (E9)', acima das dificuldades que se apresentam.

No quesito da interação do preceptor com os atores do PET-Saúde – tutor, aluno e comunidade, destaca-se importante a presença de tutores. Trajman et al. (2009) apontam que o principal papel das IES deve ser o de fornecer suporte para o preceptor, para que desempenhe com segurança e competência suas atribuições, no caso do PET, isso se dá através dos professores indicados.

A necessidade de maior aproximação por parte de alguns tutores nas unidades foi justificada por eles, no sentido de perceberem a importância do conhecimento da realidade e o funcionamento do serviço em ato. Apresentam a lacuna no sentido da facilitação, apoio e suporte nas fragilidades individuais para o exercício da preceptoria, e a partir da sua visão externa, auxiliar no desenvolvimento das ações:

Eu acho que ela poderia vir mais, pelo menos algumas vezes, vendo como a coisa acontece, contribuir, eu sinto distante da vivência, ela não tem aquele conhecimento de como a coisa realmente acontece, o funcionamento da Unidade (E8).

Essas manifestações acerca da tutoria expressam a importância que os preceptores sentem sobre a sua presença como estimuladores do processo de ensino-aprendi-

zagem, sugerindo a necessidade de melhor definição sobre o perfil e do tempo disponibilizado para essa função e sugere melhor preparação desse tutor para aplicação de tecnologias de integração entre equipe e comunidade.

Em outra instância, a relação com os alunos aparece como um bálsamo, uma alegria, uma motivação para o trabalho. Os acadêmicos originavam novas possibilidades para a sua vida profissional, trazendo a juventude, o brilho, o conhecimento: Estar do lado dos meninos, a gente se renova, eu voltei a me sentir jovem, adorei (E10); eles vinham com sangue novo, passavam experiência para gente, eles vêm com conhecimento, atualizados, é muito valioso (E4).

Entre preceptores e acadêmicos do Programa, cria-se uma relação de construções coletivas, de companheirismo, de compartilhamento, criam vínculos de amizade: Eu passei dois anos e houve pouca rotatividade dos alunos, isso é muito bom para motivar o grupo, criar vínculos de amizade, isso foi muito interessante (E1).

Por outro lado, a comunidade era pouco citada pelos profissionais como parceira, o que denotava pouca interação no que se refere ao planejamento. Os alunos eram vistos como uma ajuda para incrementar a atuação do preceptor na comunidade, porém aparece mais como receptiva aos ensinamentos do que participativa das atividades: O benefício para a comunidade é superior ao nosso, realmente eles recebiam as orientações (E1). Alguns entrevistados referiram que a comunidade era passiva, sem participação. Não compreendia o que os profissionais desejavam transmitir, que necessitavam de uma educação formal sobre o meio em que viviam, e relatavam que a violência existente nas comunidades mais vulneráveis, aliada à falta de transporte institucional, apresentava motivo impeditivo para inserções no território, conforme os depoimentos: a participação da comunidade era complicada, (E5) ou: precisa que a comunidade tenha uma educação formal bem estabelecida (E1).

Essa distinção expressada mostra que existia diferenciação nos modos de viver e um abismo cultural dos profissionais em relação às comunidades que atendiam; isso ainda causa um impacto na organização dos serviços, trazendo para as práticas preconceitos sobre o universo popular (BARRETO et al., 2012).

O fomento de projetos que busquem a aproximação entre a universidade, os serviços e as organizações populares é potente estratégia para fortalecer a democracia, a partir do estabelecimento de relações horizontalizadas entre os parceiros (LEITE et al., 2012).

Nosso estudo apresenta indícios de que esse projeto ainda não atinge suficientemente a aproximação pretendida com a comunidade, havendo, ainda, distanciamento que não é problematizado pelo tutor, ficando enfraquecida a dimensão da busca da autonomia do usuário e do fortalecimento do controle social nesse Projeto.

A superação dessas diferenças deve ser perseguida na gestão dos serviços, bem como estimulada nos processos formativos, a fim de diminuir as distâncias entre os sujeitos, concretizando práticas mais inclusivas.

Referiram ainda, questões que nos fazem refletir sobre como os trabalhadores se motivam para conviver cotidianamente nos serviços, quando declaram que ao deixar de ser preceptor, muitas das conquistas se perdem. Têm consciência de que as ações não deveriam depender dos alunos e do Projeto, e sim, atividades regulares que seriam complementadas pelos estudantes, em que eles viriam para fazer parte, e não serem os protagonistas dos processos. Contudo, consideravam os alunos a “tábua da salvação”, como os que vieram para fazer, para mudar a rotina, introduzindo muitas atividades.

Avaliaram que as atividades não mobilizaram o todo da unidade e que foram pontuais, quando dispararam falas do tipo: As atividades não mobilizaram a unidade como um todo (E1); A gente desenvolveu muitas pesquisas, coisas interessantes, mas verdade seja dita, enquanto preceptores não devolvemos para unidade (E3). Referiram que os compartilhamentos existentes entre os ‘petianos’ e profissionais do local de trabalho eram escassos. Isso reflete a ausência de trabalho colaborativo entre os profissionais, percebido por eles mesmos.

A condição que os preceptores têm de criar e planejar com os alunos, conquistando certa independência nos processos, e fazer ‘o diferente’, deixa de existir, ou pelo fato do projeto sair da sua Unidade, ou por ceder lugar a outro colega na seleção.

Relataram que não conseguiam mais desenvolver as atividades ou voltavam a realizá-las sozinhos; os processos se interrompiam ou perdiam a qualidade e voltavam para a rotina assistencial: O que eles fizeram (os alunos) acabou, porque não tem mais quem faça a sala de espera, os grupos também não foram adiante, cada um voltou para seu canto (E10).

O profissional sentia-se novamente isolado e desestimulado, porque não tinha mais a ajuda dos estudantes para realizar atividades da mesma maneira; aumentavam as dificuldades para realizar as ações educativas, diminuía a disponibilidade de tempo, pois não tinha mais os turnos garantidos para o PET, e o apoio dos acadêmicos. Retornaram ao atendimento rotineiro.

Percebe-se que parte da responsabilidade era dos próprios profissionais que se acomodavam ao cotidiano, eram absorvidos pelo sistema (E7) e não encontravam mais forças para buscar o que achavam correto fazer, porque se sentiam lutando contracorrente. Parecem saber que para mudar têm que sensibilizar e envolver outros atores, enfrentar resistências de mentes que não desejam transformar, porque talvez signifique mais trabalho para esses. Não cultivam as sementes plantadas, e se acomodam.

Essas questões remetem a pensar sobre o papel do preceptor na consolidação de processos de mudança no SUS. Como pode ser potencializada a preceptoria? Os profissionais constataam as contradições existentes nos processos desencadeados nos serviços, e o quão difícil é o seu gerenciamento. Algo que veio para impulsionar as ações visando o intercâmbio entre trabalhadores, universidade, comunidade, produzir o novo em processos colaborativos e integradores, nem sempre é devidamente apro-

veitado. São questões que necessitam de mais investimentos e estudos e revisão das estratégias utilizadas neste meio.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PET-Saúde contribui para aproximar a universidade, estudantes e tutores, ao universo da realidade concreta dos serviços. Proporciona construção de processos e aprendizagem recíprocos e induz à produção de conhecimentos a partir da produção multiprofissional e da realidade do território. Avalia-se como uma potencialidade e avanço. Outras dimensões, no entanto, merecem um olhar mais aprofundado dos coordenadores, tutores e gestores, no que diz respeito à continuidade desses avanços, principalmente no que se refere a relação com a comunidade, incremento da formação pedagógica, e o envolvimento de toda a equipe no processo. Estes apareceram como alguns aspectos que precisam ser fortalecidos e acompanhados de modo sistemático. Uma questão relevante é que se reconhecem como responsáveis em intercambiar o aprendizado entre os alunos, aproximando-os da realidade dos serviços e da comunidade e para isso constroem coletivamente as atividades, aprendendo a trabalhar em equipe, oportunizando a ampliação dos olhares, para além do seu núcleo de conhecimento, onde as dificuldades relatadas são superadas e tidas como desafios que estimulam sua criatividade.

Os preceptores são fomentadores em potencial de processos criativos e possíveis agentes de transformação e, para tanto, deve-se investir na sua formação ético-política para um agir reflexivo e crítico. A pesquisa nos trouxe alguns questionamentos que podem ser explorados futuramente, por exemplo: o profissional/preceptor propõe enfrentamento das práticas instituídas e mudanças efetivas para a continuidade das estratégias implementadas com os alunos? Até que ponto o preceptor pensa proposições problematizando a realidade com o estudante? Esse estudo sugere que tais lacunas carecem de maior investimento uma vez que projetos de educação permanente para trabalhadores da saúde são fundamentais ao estímulo à reflexão das práticas, atitudes e comportamentos, no fortalecimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

AFONSO; D.H.; DA SILVEIRA, L.M.C. **Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ ano 11, suplemento 2012.

BARRETO et al. **Gestão participativa no SUS e a integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. **Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]: 65-85, 2011.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. Ed., ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.: - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**, que institui a Política Nacional de Educação Permanente PNEP. 2004.

_____. Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde**. 2008.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família**. Campinas; s.n; 2003. 299 p. ilus. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Campinas, 2003.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(4): 975-86.

_____. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005.

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

DAVINI. M.C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. In: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Ministério da Saúde, secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Serie B. Textos Básicos de Saúde, serie Pactos ela Saúde, 2006, v.9, p 39.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: E.E Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: FRANCO, T.B.; MERHY, Textos reunidos, São Paulo, Editora Hucitec. 2013, Pg. 199-212.

MARINS, J.J.N. **Formação de preceptores para a área de saúde**. In: Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde, Org: RIBEIRO, V.M.B; Juiz de Fora. Ed. UFJF, 2011; 126 p.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura y CECCIM, Ricardo. **Educación Permanente em Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo em Salud.** Salud colectiva. 2006, vol.2, n.2, pp. 147-160.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. Preceptoría na Formação Médica: o que Dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 303 35 (3): 303-310; 2011.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde, Org: RIBEIRO, V.M.B; Juiz de Fora. Ed. UFJF, 2011; 126 p.

PAGANI, R. ANDRADE, L.O.M. **Preceptoría de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.21, supl.1, p 94-106, 2012.

TRAJMAM, A; ASSUNÇÃO, N.; VENTURINI, M.; TOBIAS, D; TOSCHI, W; BRANT, V. **A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, 33 (1); 24-32; 2009.

ZEM-MASCARENHAS et al - **Relato da Experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde** - Revista Brasileira De Educação Médica 36 (1, Supl. 1): 142-148; 2012.



O ensino médico do cuidado diante da morte: limites e potencialidades da atenção primária à saúde

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

I INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, os avanços na ciência e na tecnologia biomédica foram cada vez mais incrementados, contribuindo para a falsa ideia sobre a possibilidade de controle e domínio da morte. Mas para Morin (1997), a inevitabilidade da morte faz com que sejamos constantemente colocados frente a frente com a nossa vulnerabilidade. A morte reforça nossa condição mortal, independente da nossa classe social, pelo simples fato de que ela não pode ser vencida a despeito de todo o avanço científico e tecnológico.

Segundo Moritz (2005), os ocidentais, em geral, não encaram a morte como parte da vida, mas sim como algo inaceitável, um castigo e, portanto, assunto que deve ser socialmente evitado e adiado a todo custo. A negação da morte em nossa cultura é um elemento estrutural da civilização contemporânea que influencia e é influenciado pela racionalidade médica ocidental. Desta maneira, na saúde, na educação e na cultura cultuamos corpos sãos, ativos, produtivos, reprodutivos, dentro de um sistema político e econômico que objetiva a eficiência, a rentabilidade e o consumo. A maioria dos lugares públicos de educação e saúde são espaços onde pouco se discute as diversas crenças e tradições espirituais e onde raramente se aborda as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida (HENNEZEL e LELOUP, 1999).

Assim, a morte constitui-se um tema interdito, evitado tanto na sociedade leiga quanto no diálogo entre médicos e pacientes, pois passa a ser uma fonte de angústia, que deve ser evitada. Até na área de saúde, trata-se de um tema tabu e é encarada como um fracasso profissional.

Na formação médica, o primeiro contato com a morte é na Anatomia, em que se aprende a separar, dissecar e estudar cada órgão e pedaço de cadáveres, mas, poucas vezes, se cria um espaço para a expressão de emoções, perplexidades e sentimentos entre estudantes e professores. Talvez essa seja uma estratégia para desumanizar o estudante e neutralizar sua angústia frente à morte. Para Quintana et al. (2002), este primeiro contato com o morto, nas aulas de Anatomia, tem como principal objetivo suprimir o vestígio de humano na morte, para afastar um dos mais difíceis, mas necessários aprendizados na medicina e na vida: a transitoriedade da experiência humana. Laks *et. al.* (1999) referem-se ao curso de Medicina, como uma fase de vacinação contra a morte. As vacinas seriam: a dissecação de cadáveres nas aulas de Anatomia, as necropsias na disciplina de Medicina Legal, o treinamento e a morte na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Todas elas com o objetivo de que o aluno, progressivamente, se habitue à morte não se entregando a ela.

O despreparo dos estudantes de medicina no lidar com o sofrimento e com a morte reflete-se em profissionais de saúde que, na maioria das vezes, limitam-se a abordar sintomas e acometimentos essencialmente de ordem biológica no cuidado de seus pacientes, esquecendo-se das diversas outras dimensões (psicológica, social, cultural e espiritual) do ser humano (FALCÃO; MENDONÇA, 2009). Dimensões essas que se tornam ainda mais importantes no acompanhamento do processo de morrer de pacientes e seus familiares.

Por ter o ser humano como objeto de estudo, os estudantes de medicina se defrontam cotidianamente com a doença, a dor e a morte. O aprofundamento do estudo e da vivência do fenômeno da morte ajudaria o aluno a compreendê-la como uma etapa normal do processo do desenvolvimento humano, ajudando-o a enxergar e cuidar do ser humano de forma mais integral (AZEREDO, 2007). Ouvir e compartilhar decisões diante do cuidado com a vida e com a morte deveria ser parte central da formação dos profissionais de saúde e consiste em um desafio cotidiano para a humanização do cuidado (SILVA, 2006). Torna-se, então, imprescindível que a educação médica assuma esse desafio.

O ensino do lidar com a morte na educação médica tem sido objeto de atenção de alguns autores nas últimas décadas (AZEVEDO, 2007; BOEMER, 1989; KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991, 2003; NOGUEIRA DA SILVA, AYRES, 2009, 2010; NOGUEIRA DA SILVA, 2014; OLIVEIRA, 2013; QUINTANA, 2002; SILVA, 2006; VIANA; PICCELLI, 1998; ZAIDHAFT, 1990), mas mudanças na formação médica a partir da inclusão dessa temática ocorre de forma muito lenta (SILVA, 2006).

Este capítulo é fruto da dissertação O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina, defendida em dezembro de 2014 no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação da Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva. Assim, neste capítulo, fazemos um recorte da dissertação abordando um de

seus objetivos: identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na Atenção Primária à Saúde (APS) para o ensino do lidar com a morte a partir da visão de docentes do curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Paraíba. Escutar os professores de medicina envolvidos no contexto da APS – protagonistas dessa construção de conhecimento – é fundamental para que novas práticas e saberes no cuidado com a morte sejam realmente aplicadas nas instituições de ensino, na assistência à saúde e na sociedade como um todo.

Optamos por investigar o ensino do lidar com a morte na formação médica a partir de práticas pedagógicas na APS, por entender que elas têm sido pouco valorizadas nos estudos sobre tanatologia e educação profissional em saúde e que podem representar um cenário potencializador de um aprendizado significativo, baseado em situações reais do cotidiano da vida das pessoas, de suas famílias e comunidades. Além do mais, desde o final da Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde e a formação de profissionais de saúde orientados pela APS têm aumentado na maioria dos países do mundo, o que vem se refletindo em melhorias na qualidade e equidade da assistência e na maior satisfação de suas populações.

O Brasil, principalmente a partir da década de 90, tem fortalecido a APS como uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A aproximação das ações de saúde para perto de onde vivem e trabalham as pessoas exige a formação de profissionais de saúde capazes de atuarem neste cenário. Assim, na educação médica, como em toda a formação de profissionais de saúde, cresceu a importância da descentralização do ensino de dentro dos hospitais para mais perto das pessoas, suas famílias e comunidades, como forma de aproximar os futuros profissionais de saúde das necessidades clínicas, sociais e subjetivas da população e dos desafios do SUS.

A inserção de práticas pedagógicas na APS nos currículos de graduação em medicina tem se tornado realidade em um número considerável de escolas médicas brasileiras. Este movimento de inserção vem contribuindo para mudanças mais consistentes no ensino médico do Brasil, principalmente, a partir da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a, 2014, p.8) que orientam a formação de um “médico, com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética” que seja capaz de responder às necessidades de saúde mais frequentes referidas pela comunidade. Estudos clássicos de diagnóstico de demanda mostram que a APS é o lócus prioritário para este cuidado e que uma APS de qualidade é capaz de resolver até 90% dos problemas e demandas trazidas pelas pessoas de uma comunidade (GREEN, 2001).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Realizamos uma pesquisa qualitativa a partir da colaboração de oito docentes inseridos em práticas pedagógicas na APS (vide Quadro 1), vinculados ao Departamento

de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas – UFPB. A escolha dos docentes se deu de forma intencional, optou-se pela experiência de ensino nos módulos desenvolvidos no cenário da APS e pela representatividade entre os diferentes períodos do curso em que eles estão inseridos. A escolha pela variação por períodos entre os docentes atende ao intuito de percorremos várias etapas da formação.

Quadro 1. Colaboradores da Pesquisa

Nome Fictício	Idade	Formação	Módulo com mais experiência de ensino	Participação na Oficina	Religião	Estado civil	Número de filhos
Hermes	62	médico Sanitarista	MHA 1, MHA2	Sim	católico	casado	3
Hefesto	30	nutricionista	MHA 1, MHA2	Não	católico não praticante	união estável	1
Atena	50	pediatra	MHA 1, MHA 2	Não	sem religião	solteira	2
Dionísio	48	pédico sanitário	MHA1, MHA2	Sim	católico	casado	2
Ártemis	38	pediatra	MHA4, MHA5	Não	católica	casada	3
Zeus	36	médico de família	MHA5	Sim	protestante	casado	1
Apolo	33	Médico de família	MHA4, MHA5, Internato de Saúde Coletiva	Não	espírita	casado	3
Hera	36	Médica de família	MHA4, Internato de Saúde Coletiva	Sim	Protestante	casada	1

No curso de graduação de medicina da UFPB, apesar do aumento significativo de práticas pedagógicas na APS com a reforma curricular acontecida em 2007, há ainda uma pequena porção do curso de graduação que acontece neste cenário: apenas 10,5% da carga horária total de 9.440 horas. Em relação a esta duração total do curso,

cerca de 4%, acontece nos Módulos Prático-Integrativos que acontecem do primeiro ao quinto semestre letivo da graduação (MHA1, MHA2, MHA4 e MHA5); e aproximadamente 6,5%, no Internato de Saúde Coletiva, durante os 4 meses de inserção do estudante nas atividades de Equipes de Saúde da Família.

Foram combinadas duas estratégias tecno-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficina com utilização de “cenas” projetivas. A entrevista em profundidade com roteiro consiste em um dos métodos mais importantes para captar os sistemas de valores, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão as situações conflituais e as experiências vivenciadas.

A oficina tem o intuito de aprofundar dados, confrontar percepções, valores, e ressaltar a subjetividade, a emoção e a intuição dos entrevistados, enriquecendo o discurso racional que é mais facilmente captado nas entrevistas de pesquisa. No âmbito deste trabalho, realizamos uma oficina com quatro colaboradores, representativos entre os oito que foram entrevistados anteriormente. Na oficina, foi sugerido que cada entrevistado criasse uma “cena” imaginada a partir de uma situação hipotética e a descrevesse no papel. Após isso, cada colaborador relatava oralmente para o grupo a “cena” escrita, e era disponibilizado um tempo para comentários de todos. A oficina durou cerca de duas horas.

Na “cena 1”, o docente era convidado a imaginar uma situação em que ele fosse um estudante de medicina, cuidando de um paciente próximo da morte. Na “cena 2”, o docente era convidado a imaginar uma situação em que ele fosse um paciente próximo da morte numa situação favorável de cuidado por um profissional médico.

Para a análise e interpretação das narrativas utilizamos a Hermenêutica Gadameriana. O processo interpretativo, por sua vez, obedeceu à regra hermenêutica segundo a qual devemos compreender o todo a partir da parte e a parte com base no todo. Foi operacionalizado por meio de leituras exaustivas e repetidas, que visaram ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade compreensiva (GADAMER, 2002). O processo interpretativo-compreensivo, segundo a Hermenêutica dá-se sempre como resposta a uma questão que nos desacomoda em nosso cotidiano, que nos causa estranhamento. Nesse caso pode ser resumida em: quais os limites e possibilidades para o ensino do lidar com a morte na Atenção Primária à Saúde?

A dissertação que originou este capítulo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de identificarmos os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte a partir da visão de docentes do curso de

graduação em medicina foi necessário pesquisar quais suas concepções sobre como eles pensam que um médico deve agir diante de uma paciente em proximidade com a morte. Encontramos que o lidar com a morte para os docentes foi concebido como a busca de um cuidado humanizado diante da morte. Os docentes expressaram que desempenhar um cuidado humanizado diante de pacientes e famílias em situação de proximidade com a morte significa optar por uma medicina que considere a totalidade da experiência humana na saúde, na doença e na morte, reconhecendo a potência do papel de cuidador, ou seja, cuidar da dor (SILVA; AYRES, 2008). Corroboram com a aposta de Ayres (2009) de que o Cuidado representa uma potente possibilidade de reconciliação entre as práticas assistenciais e a vida, através de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz.

A partir desta concepção de cuidado defendida pelos docentes, sistematizaremos agora o que foi identificado nas suas narrativas de mais significativo em relação as potências e limitações dos espaços curriculares na APS para o ensino do cuidado com a morte.

a. Limites da APS para o ensino do cuidado com a morte

Os limites do ensino do lidar com a morte na APS estão muito relacionados às dificuldades de abertura para este tema na formação dos profissionais de saúde como um todo. De acordo com Apolo, existe uma **disputa nos currículos dos cursos de graduação da saúde entre o que é mais importante** e “nesta disputa a morte sempre perde”. Aliado a isto, ele destaca um **conjunto de ausências** nestes espaços curriculares:

Ausência de integração, ausência de uma longitudinalidade do acompanhamento das pessoas, a ausência de espaços de poder falar sobre a morte e a ausência de discussões teóricas, de tratar a morte como um fenômeno da saúde. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso]

Apolo, abaixo, destaca uma estratégia para fortalecer o ensino do lidar com a morte: investir em práticas curriculares baseadas na continuidade dos cuidados prestados às pessoas ao longo do tempo, mediante repetidos contatos ao longo de suas vidas, caracterizando o que se chama de longitudinalidade (GUSSO; LOPES, 2012).

Eu acho que assim, sintetizando, a grande fragilidade dos currículos, inclusive o da UFPB, é a **fragmentação**. O aluno vê o paciente durante alguns meses, depois não vê nunca mais ou, às vezes, até vê durante semanas. À medida que você **cria espaços longitudinais**, à medida que o aluno consiga acompanhar mais tempo essas pessoas, ele vai entrar em contato com fenômenos da vida, entre os quais a morte. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

A APS é um espaço privilegiado para desenvolver a longitudinalidade no currículo, possibilitando a construção de um conhecimento mais ampliado e aprofundado junto com as pessoas que necessitam de cuidados (TRINDADE; ALMEIDA, 2012).

A Atenção Primária ela oportuniza a vivência: você ver de perto, você sentir de perto, você se tocar, você mexer. Mas esse tocado e mexido precisa ser refletido, e aí, eu acho que o nosso currículo tem esse potencial. Eu acho que pode ser até melhorado: muitas vezes a gente tem um hall de teorias que a gente quer dar conta [...] e às vezes, a gente **deixa de fazer espaços de discussão e reflexão sobre o que o estudante viveu**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Como afirma Hefesto, necessita-se de um maior aprofundamento e reflexão das vivências dos estudantes nos módulos desenvolvidos na APS. Mas, às vezes, isto é prejudicado pela preocupação dos docentes em dar conta de diversas teorias e conteúdos programados, que nem sempre obedecem a necessidade dos estudantes a partir dos dilemas surgidos na prática. Esta seria uma importante questão pedagógica a ser debatida para o aprimoramento do currículo médico. Mas, como vemos abaixo, há uma falta de integração na graduação de medicina, até mesmo entre os professores da área da Saúde Coletiva e Saúde da Família, que normalmente ensinam no cenário da APS.

Para melhorar esse ensino do lidar com a morte, a gente devia ter uma **integração muito grande entre as várias experiências de inserção estudantil na graduação**. Primeiramente na Saúde Coletiva, depois nas outras. Nem na Saúde Coletiva a gente consegue se reunir. É uma outra lacuna que a gente tem [...]. E eu acho que valia a pena a gente se misturar mais [...]. E o ideal era se a gente conseguisse trazer a anatomia, bioquímica, para estar junto nesse **processo de construção**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Uma reformulação mais significativa do currículo poderia ser alcançada pela integração em espaços de estudo, planejamento e troca de experiências, não só entre os docentes, mas incluindo os discentes, os técnicos e os diversos movimentos universitários e sociais relacionados à formação médica. Uma reforma curricular não focada em pequenas mudanças de forma e conteúdo nos módulos e disciplinas, como normalmente ocorre nos cursos de graduação na saúde.

Para a gente pensar nessa perspectiva de lidar com a morte, a gente tem que fazer uma perspectiva também de **pensar pedagogicamente, metodologicamente a formação médica** e estar apostando numa mudança que seja para além da forma, além do conteúdo e que possa ser também, acho que mais importante, num olhar pedagógico. [Fragmento de entrevista – Dionísio, grifo nosso]

Esta mudança pedagógica, através de metodologias de ensino mais ativas que valorizem a participação e a criatividade estudantil, representaria uma potência para o ensino do lidar com a morte. Mas, como vemos no relato seguinte, há uma grande dificuldade dos docentes de renovarem suas práticas para uma construção do conhecimento de forma mais compartilhada através do diálogo com os diversos saberes.

E eu acho que é exatamente por uma limitação nossa, dos docentes, de não querer reconhecer que nós não temos muita capacidade de fazer um ensino **problematizador**. Muito embora essa seja uma perspectiva que apaixona, que é romântica, que a gente vai se agarrar com alguns ícones, tipo: Paulo Freire, como Rubem Alves, 'tal'. Mas na prática quando a gente está no contexto de sala de aula, aí, a gente não consegue, de certa forma, dar conta disso. E aí, a gente começa a reproduzir as mesmas questões daquilo que a gente fazia crítica, da **educação bancária**, e aí, a gente quando vê, está envolvido, está fagocitado na educação bancária. [Fragmento de entrevista – Dionísio, grifo nosso].

Como Hermes nos aponta abaixo, uma chave para a construção compartilhada do conhecimento com os demais profissionais de saúde é o trabalho em equipe e, com a população é o compromisso, fruto do vínculo que se cria a partir da abertura para um diálogo verdadeiro. Mas esta proposta de democratizar o conhecimento e, consequentemente, o poder na saúde e na vida das pessoas, tentando pela construção de uma sociedade mais justa através de ações e políticas para os que mais precisam, incomoda, gera oposição e raiva.

O vínculo e o compromisso é a principal chave, o trabalho em equipe. Agora como fazer isto num curso de graduação onde muitos **têm raiva deste acompanhamento, têm raiva de pobre, têm nojo, não quer fazer trabalho em equipe?** [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Estas oposições e raivas facilmente atingem os professores da Saúde Coletiva e da Saúde da Família, que geralmente são os que promovem a reflexão sobre o papel social dos profissionais de saúde no currículo médico. Segundo Zeus, outros docentes e muitos estudantes criam um preconceito direcionado aos professores dessas áreas e a seus ensinamentos, não aproveitando as contribuições que a APS poderia trazer para a abordagem do viver e do morrer.

Acho que a maior limitação é a dificuldade de, muitas vezes, fazer Medicina de Família e você trazer uma outra abordagem da morte. Muitas vezes já cria-se um **estigma**: ali está o pessoal da Saúde Coletiva, sempre com essas coisas mais místicas, holísticas... Eu acho que essa é a dificuldade, a limitação dos alunos de uma **preconcepção** do jeito que a gente vai agir e de poder **não se sensibilizar** com aquilo. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

Como aponta Apolo abaixo, a abordagem mais integral do moribundo contraria a formação especializada e tecnicista do curso de medicina. Para fazer estes ensinamentos, os docentes, da área de medicina de família e de saúde comunitária, têm que contestar a postura hegemônica médica, inclusive de seus colegas professores de outras áreas.

Como o estudante de medicina e o médico lidam com a morte na perspectiva da falha terapêutica, ou seja, o paciente que vai morrer é sempre uma **falha terapêutica**. O especialista em medicina de família, como naturalmente ele já é considerado um cara mais frágil do ponto de vista técnico... Eu sempre tenho que lidar com o sentimento (que não é meu) de frustração em relação à morte. Mas é o **medo que ser considerado negligente**, entende? E eu acho que não sou só eu, todo profissional sente isso. E é por isso que a gente nega a morte ou se afasta do cara que vai morrer, porque ele é sujo no sentido de que ele pode **sujar a minha reputação**. Ele é um lixo, ele é 'O' lixo, não é? Ninguém quer mexer com o lixo. A nossa sociedade lida muito mal com seus próprios dejetos. O cara que trabalha com esgoto, com lixo, e o médico de família que lida com isso: com **o moribundo, que é considerado lixo**, é considerado menor. Então, eu como médico de família, eu tenho que lidar com a minha própria vaidade, o meu medo de parecer um mau médico ao passar, ao relevar essas imperfeições do cuidado técnico do paciente. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Então, para Apolo, ao revelar as imperfeições do cuidado médico tecnicista e propor uma outra abordagem para o moribundo corre-se o risco de ser considerado negligente numa classe profissional que evita encarar de frente o fim da vida e cuidar das pessoas que vivenciam este processo. Ao se questionar a onipotência da ciência médica, cria-se desconfianças, desgostos e preconceitos com muitos médicos e estudantes de medicina, dificultando-se a construção de novos saberes e práticas diante do morrer.

Como afirma Hermes, é preciso preparação para enfrentar as oposições direcionadas para experiências curriculares na APS que valorizem o diálogo, o vínculo, o trabalho em equipe e a relação com os movimentos comunitários. Investir na organização de processos de aprendizado para controlar as irresponsabilidades e ao mesmo tempo estimular o envolvimento dos estudantes.

A gente tem que respeitar o limite do estudante, o vínculo, mas às vezes são limites de **irresponsabilidade** também. E a gente não tem uma estrutura de controle disto [...]. Uma construção de um aparato pedagógico institucionalizado, **modelos de organização de processos de aprendizado**. E como fazer isto [...] não tanto por notas, obrigações, mas por **motivação?** [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Para se construir processos educativos com metodologias ativas que envolvam os estudantes com afinco e interesse é preciso rever práticas de ensino tradicionais

focadas na transmissão de conteúdos pré-determinados e em avaliações teóricas que estimulam a memorização de grandes quantidades de conteúdos. Apesar deste esforço de mudança nos módulos curriculares da saúde comunitária, a grande maioria dos demais módulos do curso de graduação de medicina da UFPB continua a desenvolver uma educação bancária que sufoca os estudantes com provas teóricas (SIMON, 2012). Hefesto afirma, no fragmento abaixo, que esta ênfase do currículo na memorização de curto prazo pelas provas teóricas atrapalha o ensino, porque afasta os estudantes do envolvimento nas práticas em APS e desestimula os professores a investir em processos mais contínuos de desenvolvimento das competências médicas, como a do lidar com a morte.

Porque quando a gente podia ganhar os estudantes a partir das primeiras perplexidades, aí, eles têm que estudar para prova. Aí, eles deixam de refletir o que eles estão vivendo, porque eles têm que **estudar para a prova**. Eles ficam com **pouca paciência**, às vezes, para escutar o paciente, e para viver as vivências, porque eles estão preocupados com a nota que vão tirar na prova. Isso é uma coisa que atrapalha muito a gente ensinar a lidar com a morte no curso. Porque tem uma hora que 'brocha'. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Apesar de existir um consenso internacional sobre a importância da APS para a estruturação de sistemas nacionais de saúde com qualidade, a formação em saúde no Brasil ainda é preponderantemente focada no nível hospitalar, o que acontece também nas pós-graduações. Como ressalta Zeus, a insuficiência de recursos humanos com formação específica e de qualidade para atuar na APS é outro fator que atrapalha o ensino no cenário da APS.

Outra limitação é a **desqualificação dos profissionais** que estão na APS. Porque muitas vezes dentro da APS está acontecendo uma cópia mal feita realmente do que acontece no hospital. Então, uma **APS de baixa qualidade** é uma grande limitação. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso]

Na maioria dos municípios do país há ainda um baixo investimento na expansão e consolidação da APS. Isto se reflete, muitas vezes, em baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família, unidades de saúde com precária estrutura física e de materiais, e equipes de saúde responsáveis pelo cuidado de um quantitativo de pessoas bem superior ao limite máximo que uma USF deveria dar conta (BRASIL, 2011).

Eu acho assim, que a APS tem uma **demandas muito alta**, com o número de famílias muito grande, você tem que ser rápido [...]. Então, eu acho que a APS está muito dominada por uma **ideologia de barateamento**: de mostrar uma aparência racional e perfeita para algo que é barato para o sistema. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

A sobrecarga e o baixo investimento na APS se traduzem em fragilidades importantes nestes serviços de saúde, dificultando uma abordagem mais integral, comparilhada e focada com os projetos de felicidade das pessoas. E, como alerta Hermes nos relatos abaixo, as práticas pedagógicas de ensino na APS, se estiverem muito centradas na dinâmica destes serviços sem inovar em ações nas casas das pessoas, no território da comunidade e no diálogo com lideranças e movimentos populares, tornar-se-ão muito limitadas.

A formação da atenção primária está capturada dentro do **modelo possível da APS de massa**. A docência é muito mais que as condições do serviço. Eu acho que tem que ter uma integração, mas não uma submissão, uma captura. A formação tem necessidades muito próprias, e os ideólogos da ‘APS tal como ela é’, subordinam totalmente o ensino à realidade do serviço. Eu acho que **o ensino não pode estar subordinado**, pois o serviço é muito limitado. É preciso se inserir, mas criar coisas com uma **autonomia**, com um cuidado maior, com um tempo maior. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Hermes defende que a criação de uma relação de vínculo entre a população e os estudantes é algo fundamental para um aprendizado mais significativo e transformador na APS: “o profissional tem que ter vivido este vínculo, este mergulho na vida” antes de se submeter à rotina dos serviços de saúde.

[...]. O posto não é um bom lugar para aprender a criar vínculo. Depois que você tem uma habilidade, você pode estar dentro do posto, aí você sabe lidar... Mas é a casa, é a comunidade que é o melhor lugar para ter esse aprendizado. Mas as experiências de maior parte das universidades de inserção [do estudante na APS] estão muito **focadas dentro dos serviços**. Acho que isto é uma coisa que está atrapalhando muito. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Um processo pedagógico bem planejado na saúde comunitária, que estimule os estudantes ao convívio e ao diálogo com realidades sociais e culturais distintas, possibilita o surgimento do vínculo com pessoas da comunidade e até mesmo um encantamento com suas histórias de vida, anseios e lutas (VASCONCELOS, 2013). Mas a seguir, Hermes nos chama a atenção para a incapacidade das práticas educativas centradas nos serviços de saúde de se gerar este encantamento.

Eu acho que o estudante está **desencantando** antes do tempo, ele nem consegue encantar. Estes serviços não encantam quase ninguém. Depois que você se **encanta com a relação com a vida**, aí, você pode **se adaptar ao limite do real, do institucional** [...] Para os estudantes que estão começan-

do a chegar no atendimento agora, é preciso ter um espaço diferenciado para eles se encantarem, conhecer. É **um processo num outro ritmo**. É engraçado, antes eu via mais gente encantada com atenção primária que agora que todo mundo está indo para a APS [...] porque justamente a APS ficou dominada pelo **discurso do real possível**. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Apesar do grande avanço da inserção do ensino médico na saúde comunitária, ainda há um predomínio de práticas de ensino tecnicizadas e fragmentadas na APS, o que representa um grande limite para o ensino neste cenário. Esta limitação é agravada pela fragilidade na implantação e na qualificação dos serviços de saúde da família em muitos municípios brasileiros e pelo afastamento de muitos profissionais de saúde em relação às lutas e demandas mais gerais da população. Como afirma Hermes: “este avanço poderia ter sido bem maior”.

Esta é uma certa tristeza que eu vejo: a gente lutou tanto para este processo de ensino na saúde comunitária... E eu sinto que dentro da atenção primária hoje, ela está muito **tecnicada, centrada no serviço**, inclusive, professores bem progressistas com um discurso muito bom, mas a APS está muito **presa numa institucionalidade**... Você poderia ter uma institucionalidade com uma prática mais ligada com os movimentos, com as casas, com a cultura, mas a APS... Eu vivia nos anos 70, era muito mais forte esta coisa na comunidade, nos movimentos... [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Na formação médica hegemônica, os estudantes são expostos na maior parte do tempo a profissionais e professores que reforçam o método clínico tradicional, centrado na doença e nos serviços saúde. Isto, como nos apontou Hermes, pode ser um desafio a ser superado inclusive nas práticas pedagógicas na APS. O trecho abaixo nos fala da necessidade de um grande engajamento dos professores que atuam na saúde comunitária para se constituírem como modelos profissionais de uma outra perspectiva clínica, mais centrada nas pessoas e nas comunidades.

Dentro da atenção primária uma coisa que é importante é a questão da **presença do professor** [...]. A gente às vezes, vai precisar se desacomodar do lugar tranquilo dentro da unidade de saúde: ‘ah, chego lá na Unidade de Saúde, boto os alunos dentro de uma sala e, aí, alguns vão atender...’ [...]. Então, eu acho que os professores, a gente tem que poder **estar disposto para com o processo**, para poder ir na casa dos pacientes, fazer as visitas, poder cuidar desses pacientes em fase terminal, como **modelo para os alunos**. Então eu acho que isso vai ser fundamental para trazer uma outra perspectiva... [Fragmento de entrevista – Zeus, grifos nossos]

b. Potencialidades da APS para o ensino do cuidado com a morte

Muitas das potencialidades da APS para o ensino do lidar com a morte são decor-

rentes dos benefícios que este cenário traz, de forma geral, para a formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a APS pode contribuir no desenvolvimento de uma prática do lidar com a morte de forma integrada, contextualizada e centrada nas pessoas e comunidades, respeitando os diferentes saberes na construção compartilhada do conhecimento através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade (DEMARZO, 2012).

Como nos aponta Hefesto, uma potência da APS é **aproximar o estudante, o professor de medicina e os profissionais de saúde das dinâmicas de adoecimentos e lutas da população.**

Eu acho que a Atenção Primária por permitir que o profissional de saúde e o profissional em formação **interajam com a realidade** mesmo, e essa realidade com suas contradições, mas também com seus contextos, com suas peculiaridades. Isso abre um leque de possibilidades para que o estudante possa **começar a fazer exercícios no lidar com a morte**. Não exercícios no sentido tradicional, mas no sentido de que ele vive experiências ricas, onde lide com isso, e ele tenha liberdade de errar e acertar [...]. Eu acho que quando a gente está **mergulhado na realidade do outro**, como é o caso da Atenção Primária, eu acho que **sensibiliza mais** a gente, fica mais forte, a 'porrada fica mais forte', do que quando você está num hospital que tradicionalmente é um espaço do próprio profissional e não do paciente. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Conviver com a realidade concreta das pessoas e das comunidades traz para a formação médica uma profundidade e complexidade que não é fácil de vivenciar na rotina dos serviços de saúde, que na maioria das vezes são centrados nos profissionais de saúde e nas doenças tratadas em cada local e não nas pessoas que procuram o cuidado. Abaixo Hera nos fala como isto é mais forte nos hospitais onde se determina praticamente toda a dinâmica diária dos pacientes, tentando controlar inclusive como eles irão morrer.

Então, você vai conseguir trabalhar a morte num espaço que é de fato da pessoa. Não é uma morte camuflada, como no hospital, que ele veste uma roupa que não é dele, ele come uma comida que não é dele, ele está do lado das pessoas que não é dele. Então, na atenção primária, tu consegue **vivenciar a morte com toda a significância do paciente**. [Fragmento de entrevista – Hera].

Portanto, na APS é frágil o pressuposto, que a maior parte dos profissionais de saúde traz da sua formação e que acaba reproduzindo nas práticas, tanto hospitalares quanto na APS, de que a centralidade do trabalho está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada enfermidade. Ao se aproximar o fazer e o ensinar saúde para perto da vida das pessoas e comunidades, permite-se enxergar com mais facilidade que o cuidado em saúde não se restringe a abordagem da doença. A APS pode

ajudar, se o profissional estiver aberto para este aprendizado, a não desconsiderar o sujeito e o seu contexto nas ações de saúde, principalmente, como nos aponta Hefesto, quando se cuida de uma pessoa em processo de morte.

Mas a Atenção Primária, por vocação, ela permite [...] um **lidar mais respeitoso** com a morte. Respeitoso porque a gente compreende um pouco como a morte se deu: que não é só o corpo biológico parar; é uma série de contextos sociais, culturais, econômicos, estruturais, familiares, que influenciaram e chegaram naquele momento ali. Quando você está na Atenção Primária, você vê isso melhor, e também é um **olhar mais consciente que a Atenção Primária trás**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

As experiências curriculares da UFPB de inserção do estudante de medicina na APS têm encontrado formas de integrar o estudo da biomedicina (“corpo biológico”) com o estudo da condição humana (“contextos sociais, culturais, econômicos, estruturais, familiares”). Os MHAs desenvolvidos no cenário da APS e o Internato de Saúde Coletiva têm apresentando respostas práticas de cuidado às pessoas que vivenciam a experiência da doença, do sofrimento e da morte. Um caminho para isto, como nos aponta Zeus, é investir em espaços curriculares, como esses, onde os princípios da APS possam ser desenvolvidos.

Os **princípios de atenção primária**, acontecendo dentro do currículo [...] levam, de alguma forma, a um jeito melhor de lidar com a morte. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

De acordo com Starfield (2002), os princípios ou atributos essenciais da APS são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. O primeiro contato consiste na acessibilidade do usuário e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado para suas necessidades de saúde, indicando a porta de entrada ao sistema de saúde. A longitudinalidade pressupõe o acompanhamento do indivíduo e de sua família ao longo do tempo, construindo uma relação de vínculo e de confiança entre o usuário/família e a equipe/serviço de saúde. A integralidade garante uma atenção à saúde global com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, trabalhando com a totalidade da rede de saúde quando algumas ações não possam ser oferecidas pela APS. E a coordenação da atenção representa a capacidade do serviço de integrar todo cuidado que o paciente recebe, garantindo o seguimento constante da equipe de saúde através da coordenação do fluxo e contra-fluxo entre os diversos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

É diferente eu estar no hospital e eu nunca ver o paciente e, aí, o paciente chega com uma neoplasia: eu não quero saber muito da história da família, ou se ele tem algum sonho ainda para realizar. Eu vou imediatamente lidar com aquela neoplasia. Mas vamos supor que se tenha a **longitudinalidade**

como direção no currículo (como a gente de alguma forma tem): eu visito lá o Seu João desde o primeiro período [do curso de medicina]... Ele me conta dos sonhos... E vamos supor que, um ano e meio depois, ele aparece com uma neoplasia. Aí, já tem algumas coisas... Então, o aluno que consegue perceber esse paciente com seus sonhos e depois esses sonhos são frustrados, ele está mais conectado com a **integralidade**. Ele está mais conectado com outro jeito de lidar que não passa necessariamente por extirpar o câncer, mas como é que a gente produz cuidado diante dessa situação do câncer ou em qualquer outra... [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

No relato acima, vemos como os atributos da APS podem contribuir com o desenvolvimento de habilidades e atitudes nos estudantes de medicina que os ajudem a integrar a abordagem dos problemas de saúde com a subjetividade, as histórias de vida e, inclusive, os sonhos das pessoas de que cuidam (AYRES, 2009). Um diferencial para a formação clínica e humana do estudante de medicina é a possibilidade de acompanhar, ao longo do tempo, os pacientes em suas fases de vida e seus problemas de saúde em diferentes momentos de evolução. Esta longitudinalidade facilita a compreensão da evolução clínica de cada pessoa, além de ajudar na criação de vínculos e de intensificar a relação médico-paciente.

A longitudinalidade é um eixo para a organização dos módulos desenvolvidos na APS da UFPB. Ao longo de quatro semestres (MHA1, MHA2, MHA4, MHA5), os estudantes são incentivados a acompanhar continuamente algumas famílias e, gradativamente, vão se inserindo no cotidiano da unidade de saúde que, desde o início do curso, desenvolvem atividades semanais. A continuidade de cuidados e o vínculo com as famílias e as unidades de saúde, experimentados nestes primeiros períodos do curso, são interrompidos no sexto semestre do curso, pois cada um dos demais módulos da UFPB é desenvolvido em diferentes cenários e com novos pacientes, que frequentemente só são vistos uma única vez ou apenas durante o período de internação hospitalar. A potencialidade da longitudinalidade só é novamente experimentada na graduação de medicina da UFPB no Internato de Saúde Coletiva, onde o estudante permanece quatro meses acompanhando uma mesma equipe de saúde da família e os pacientes daquele território.

As propostas dos MHAs, na base [...] da problematização, têm um outro elemento que é o realce do protagonismo estudantil, ou seja, você dizer ao estudante que ele pode sim ser protagonista, que ele pode sim ter iniciativas de fazer diferente, que ele pode sim fazer saúde desde o primeiro mês [do curso de graduação]. Eu acho que o **protagonismo estudantil** é um elemento do MHA. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Nos Módulos Horizontais A (MHAs) alia-se a longitudinalidade nos campos de práticas à metodologia da problematização, que traz os estudantes e suas experiências de

vida para o centro do processo pedagógico, permitindo que se estimule a iniciativa, a criatividade e o protagonismo estudantil.

[...] muitas universidades, aí no Brasil, que tem a problematização [como metodologia], mas fica só na discussão de casos. E discutir casos não vai levar em nada. No MHA eu sinto que a gente deixa mais livre a iniciativa do estudante: 'Óh, quer fazer um grupo com gestantes? Vamos fazer o grupo, vamos ver como é que faz'. E o estudante ter esse sabor de tentar construir alguma coisa e ver que ela é possível... É muito precioso! [Fragmento de entrevista – Hefesto].

O protagonismo estudantil é fundamental para se construir um processo pedagógico mais dialogado, cujos conhecimentos produzidos sejam significativos para educandos, educadores e para a sociedade. Mas, como nos relatou Hefesto, muitas universidades utilizam a problematização como forma de utilizar uma metodologia mais ativa para a aquisição de conhecimentos já previamente pré-determinados e controlados pelos professores e não algo novo e significativo.

Como vimos, os princípios da APS a tornam um espaço fértil para o lidar com a morte de forma mais integral e dialogada com a cultura e a história das pessoas. Mas Atena, no fragmento abaixo, nos alerta que haveria uma ausência de espaço para o ensino do lidar com a morte na APS se a abordagem desta temática se detiver apenas no evento fisiológico do final da vida de uma pessoa. A morte em si não acontece rotineiramente no acompanhamento de saúde da população adscrita a uma unidade de saúde da família (cerca de 3 mil pessoas). Aliado a isto, com a institucionalização do morrer em nossa sociedade para dentro dos hospitais, a morte tem ocorrido menos no ambiente domiciliar e comunitário.

Porque a morte, graças a Deus, não acontece tão frequente na APS. Se a pessoa se deter a isto, vai haver ausência de espaço [...]. Se você esperar a morte acontecer, vai se dar ao acaso. Mas se você a coloca como um tema, **uma discussão para acontecer, vinculada a experiência prática**, você vai ter diversas [situações], inclusive as mortes, né. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Então, o ensino do lidar com a morte na APS pode ocorrer mesmo que o estudante não vivencie o evento morte em si. Atena sugere que uma forma de abordar esta temática é acompanhar com alteridade todas as repercussões que afligem a vida das pessoas que cuidamos, principalmente, dos portadores de doenças crônicas que vivenciam situações de limitação e impotência.

Porque há outras formas de você abordar o tema morte e a Atenção Básica vai estar cheia delas: são os **cuidados crônicos**, né. Teve uma experiência lindíssima com uma estudante... Você conhece a história do Seu Zezinho?

[...] é um tetraplégico, completamente dependente da mulher, mas vive rindo, fazendo piada dele, fazendo piada dela. É uma alegria o homem! Aí, a estudante cismou que aquilo era mentira. 'Por que é mentira?'. 'Porque aquela alegria é falsa!'. 'Por que aquela alegria é falsa?'. 'Porque ninguém pode ser feliz numa cama, tetraplégico, vivendo nesta condição!'. E aí, a gente foi debater isto: eu tenho duas pernas, um carro, uma casa, eu caminho, eu não dependo de ninguém, como é que eu posso admitir uma vida sem isto? Aí, a gente foi estudando a própria questão da **alteridade** novamente. A estudante foi discutindo a questão do que é bom, o que é normal. E ela construiu um **portfólio**, que ficou um texto bem interessante. Ela falando que o grande aprendizado dela foi este: a forma de construir o que é verdade, o que é bom, o que é ruim na vida e como reagir a elas. É uma coisa que depende de muitos fatores e que isto vai ser meio que uma escolha, uma escolha que pode ser apoderada: foi a conclusão dela. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

A abordagem integral e com vínculo de pessoas portadoras de doenças crônicas pode ser uma grande potência para o ensino do lidar com a morte na APS. Para isto, é fundamental o **apoio vivencial e teórico-reflexivo do docente e de uso de ferramentas pedagógicas** que convidem o estudante para esta reflexão, como o portfólio que foi utilizado no exemplo acima. Tais ferramentas são essenciais para trabalhar questões existências, e a morte é uma das mais delicadas delas. Então, **temas, como cronicidade, pacientes com qualquer especificidade limitadora (física ou psíquica)**, contribuem para o docente e o futuro médico aprenderem e poderem **ensinar sobre perdas (morte na vida)**. Aprender a lidar com sofrimento do outro é o início do lidar com a morte (NOGUEIRA DA SILVA, 2014).

Isto é [lidar com a] morte... Quer dizer, como é que Seu Zezinho, um sujeito trabalhador, que vivia batendo perna, viajando pelo mundo, de repente está preso a uma cama. Como é que ele reconstrói a vida dele? Seu Zezinho não existe mais. Quem é que está em cima de uma cama? É Seu Zezinho, só que em outra condição. Então, é uma morte. [Fragmento de entrevista – Atena].

A abordagem da morte a partir do cuidado de pessoas na APS é uma potência para ensinar as transformações que o adoecer e morrer trazem para a vida de pacientes, familiares e profissionais de saúde. Inclusive no delinear de caminhos inesperados e surpreendentes, como no caso do Seu Zezinho, que aos 57 anos teve um acidente vascular cerebral (AVC) que o deixou, de um dia para o outro, acamado e dependente, mas, apesar disto, ou a partir disto, ressignificou sua existência para um viver, talvez até, com mais alegria e sentido.

A própria notícia de que você está com pressão alta, está com diabetes. 'Não pode mais comer doce de leite, não, moço'. Isto é uma **morte pensada nes-**

ta ideia de transformação: do que eu sou, não sou mais. Um amputado... Cara, o que é a depressão, se não isto? [...]. Você chega na casa da pessoa e pergunta: 'e aí, como está a vida?'. 'Estou aqui, esquecida da morte'. Dá ou não dá para discutir morte neste momento? Ou vida, não é? Como é que eu diferencio morte de vida? [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Essa possibilidade de abordar a morte também como uma perspectiva de transformação humana profunda, desencadeada por momentos de fragilidade na vida das pessoas, como a doença, as limitações e as perdas, pode ser uma interessante estratégia pedagógica para o ensino do lidar com a morte na APS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escutar os professores de medicina envolvidos no contexto da APS - protagonistas e construtores desse conhecimento na prática – possibilitou vislumbrar caminhos para que novas pedagogias, atitudes e saberes do lidar com a morte sejam realmente aplicadas nas instituições de ensino, na assistência à saúde e na sociedade como um todo.

Propusemo-nos a identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte. Como limites, identificou-se o preconceito que existe nos cursos de medicina em relação à abordagem mais social e integradora dos docentes das áreas de Saúde Coletiva e de Saúde da Família. A existência de práticas de ensino tecnicizadas, fragmentadas, com avaliações e metodologias tradicionais no currículo médico com um todo e, muitas vezes, inclusive nas práticas na APS. A necessidade de aprofundamento pedagógico e de integração entre os docentes, discentes, equipes de saúde e as comunidades, através de espaços de estudo, planejamento e troca de experiências. E as diversas fragilidades, na maioria dos municípios brasileiros, dos serviços e da gestão da APS: a excessiva demanda, o baixo investimento em estruturas físicas, materiais e em profissionais qualificados.

Como potência pedagógica da APS, identificamos a aproximação do estudante, do professor de medicina e dos profissionais de saúde com as dinâmicas de adoecimentos e lutas da população, através de práticas curriculares mais horizontais, dialogadas e que incentivem o protagonismo estudantil e o trabalho interdisciplinar. Essa vivência da vida comunitária dos pacientes ajuda no aprendizado de que o sujeito e o seu contexto não podem ser desconsiderados nas ações de saúde, principalmente, quando se cuida de pessoas em processo de morte. Outra potência que a APS traz, a partir do desenvolvimento de seus princípios (como a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado) nos currículos dos cursos de medicina, é a possibilidade de abordar o lidar com a morte não só quando há pacientes terminais ou na existência de falecimentos, mas em qualquer momento que provoque mudanças, fragilidades e reflexões profundas na vida das pessoas.

A reflexão empreendida permitiu identificar elementos capazes de iluminar novos modos de saber-fazer na APS para um cuidado humanizado diante do adoecer e morrer. Este é um tema fundamental para a saúde pública e para própria sociedade, pois morrer com dignidade, assistido corretamente no sistema de saúde por profissionais qualificados, pelos familiares e pela comunidade é tão importante como receber os cuidados necessários para manter a saúde ao longo da vida. Neste sentido, a APS pode contribuir, na formação em saúde, com o lidar com a morte de forma mais integrada, contínua, longitudinal, contextualizada e centrada nas pessoas, a partir da concepção do cuidado humanizado. Ao mesmo tempo, essa relação ensino-serviço pode fortalecer o aperfeiçoamento das práticas na APS para o cuidado com o adoecer e o morrer. Estamos convencidos da importância de atentarmos para a inclusão do ensino da morte na formação médica, assim como, de trazermos a reflexão sobre como o cuidado humanizado diante da morte é condição para garantirmos uma qualidade de vida e de morte para todos.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re) pensar a formação. Dissertação Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, RS, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/12945>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BOEMER, M. R. **A Morte e o Morrer**. São Paulo: Cortez, 1989.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº4/2001 – **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2011.

_____. Resolução Câmara de Educação Superior nº3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CNE_CES_3_2014.pdf>. Acesso em: 18 de dez. 2014.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

FALCAO, E. B. M.; MENDONÇA, S. B. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Set. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2014.

FONSECA, A. C. Os Cuidados Paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica**. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método I**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HENZEZEL, M.; LELOUP, Jean-Yves. **A Arte de Morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt et al. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papyrus, 1991, p. 25-49.

KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA, Roosevelt et al. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papyrus, 1991, p. 79-103.

_____. **J. Educação para a morte**. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAKS, D.; LONGHI, F.; NETO CATALDO, A. O estudante de medicina frente à morte. **Revista Médica PUCRS**, p. 229-231, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

MORIN, E. **O homem e a morte**. São Paulo: Imago; 1997.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; AYRES, J. R. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 364-373, 2009.

_____. O médico e os desafios do cuidar diante da morte. In: SANTOS, F. (Org.) **A arte de morrer: visões plurais -vol 3**. São Paulo: Comenius, 2010.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A. Humanização do Cuidado diante da Morte: “quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.) **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso - vol 2**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014, p. 405-427.

OLIVEIRA, J. R. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2013.

QUINTANA, A. M. et al. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

SILVA, G. S. N. A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Atualidades em psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2004, p. 135-180.

_____. **A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SIMON, E. **Saúde e educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba**. 2012. 154f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRINDADE, T. G.; ALMEIDA, R. C. C. Ensino da medicina de família e comunidade na graduação. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 42.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Documento com dois anexos. João Pessoa, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 14-157.

_____. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação**

Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013. p. 362-397.

VIANA, A.; PICCELLI, H. **O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 44, n. 1, p. 21-27, 1998.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

A tutoria como dispositivo de educação permanente no sistema saúde escola de Sobral - Ceará

Noraney Alves Lima
Maria Socorro de Araújo Dias
Maria Rocineide Ferreira da Silva
José Reginaldo Feijão Parente

I INTRODUÇÃO

No Município de Sobral-CE a construção de uma proposta de Educação Permanente em Saúde - EPS foi desencadeada em 1997, concomitante com o processo de reorganização do Sistema Municipal de Saúde. Neste ínterim, a implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF, trouxe a necessidade de reorientação do Modelo de Atenção à Saúde e da educação na saúde (SOUZA, et al, 2008).

A reconstrução desta linha do tempo nos permite identificar como estratégia potente de EPS, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família¹ - RMSF, com a qual foi criada a figura institucional do Preceptor de Território (MARTINS JÚNIOR et al, 2008). Atualmente este é denominado Tutor do Sistema Saúde Escola - SSE e assume o papel de referência no apoio aos processos de EPS no campo transdisciplinar da RMSF e nos processos de reorganização de serviço na ESF.

Neste contexto, é fortalecida a concepção de sistema aprendente, no qual todos os sujeitos envolvidos são, ao mesmo tempo, educadores e educandos. Tal sistema opera com as vivências de aprendizagem, para articular os processos de EPS nos diferentes espaços,

instituições ou territórios² do Sistema Local de Saúde. (SOARES et al, 2008).

¹ É uma das modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu de profissionais de Saúde, que surge como um projeto de iniciativa local, desenvolvido pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE, através da EFSFVS, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

² É o espaço que apresenta além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente

Diante dos desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, identificamos como objeto deste estudo a trajetória da tutoria do sistema saúde escola na EPS no Município de Sobral-CE. A análise deste objeto será orientada pelo seguinte questionamento: Quais as potencialidades e limites em cada momento da trajetória histórica de atuação da tutoria como dispositivo³ de EPS no Sistema Saúde Escola - SSE de Sobral-CE?

Considerando a multiplicidade de nomenclaturas, conceitos e metodologias relativos à função de preceptor/tutor, percebemos a necessidade de questionarmos quais são as concepções e atribuições da tutoria em cada momento da sua atuação no SSE de Sobral-CE? Quais as potencialidades e dificuldades dos tutores nesta sua atuação? Que processos e resultados evidenciam suas contribuições como dispositivo de EPS?

A motivação para este estudo advém das vivências da pesquisadora como preceptora de serviço social, tutora do SSE, docente do Grupo de Trabalho da EPS da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS e aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Tal estudo justifica-se pelos desafios da afirmação da tutoria no SSE e da produção e disseminação de saberes e práticas da EPS. Sua relevância se afirma na necessidade de sistematização reflexiva e crítica desta experiência da função apoio, para subsidiar e reafirmar a tutoria como dispositivo para a consolidação das estratégias da EPS.

Neste sentido, o referido estudo objetivou analisar as potencialidades e situações-limite da trajetória de atuação da Tutoria como dispositivo de EPS no SSE no Município de Sobral-Ceará. Para tanto, buscou: identificar as concepções e atribuições da tutoria em cada momento da sua trajetória de atuação; compreender os fatores que facilitam ou dificultam a atuação dos tutores; conhecer os processos e resultados que evidenciam as contribuições da tutoria como dispositivo da EPS em Sobral – CE.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa exploratório-descritiva do tipo estudo de caso (YIN, 2005), com abordagem qualitativa, utilizou como técnicas de coleta de dados: a análise documental e a entrevista semiestruturada aos Tutores do SSE de Sobral-Ceará, tendo como instrumento um roteiro de perguntas semiabertas. Realizamos a busca e seleção de documentos e relativos a atuação dos preceptores de território/tutores do SSE de Sobral.

Identificamos os sujeitos entrevistados, considerando mudanças na denominação e na atuação de preceptor/tutor, observadas nas propostas político-pedagógica da EFSFVS e da RMSF. Tendo como critérios de seleção: a representatividade, multiprofis-

construção. (SANTOS, 2011)

³ É um conceito ferramenta utilizado para identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores ou auto analíticos nos diferentes lugares e processos de educação permanente. Segundo Foucault (1988) o dispositivo constitui-se a partir de estratégias de relações de forças sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.

sionalidade e acessibilidade, entrevistamos 09 tutores com maior tempo de atuação no período de 1999 - 2013. Entre estes, 04 (quatro) Preceptores de território e 03 (três) Tutores de Território e 02(dois) Tutores do SSE de Sobral-CE. As entrevistas foram gravadas, transcritas, categorizadas e interpretadas segundo a análise de conteúdo baseada em Bardin (1977).

A referida pesquisa foi pautada na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das potencialidades e dificuldades da trajetória de atuação da Tutoria, como dispositivo de EPS no SSE no Município de Sobral-Ceará, requer um resgate da construção histórica das suas concepções e práticas, a partir do seu marco legal, dos seus fundamentos político-pedagógicos e das inferências dos sujeitos entrevistados.

3.1 Construção histórica das concepções e práticas da tutoria do SSE de Sobral-CE

A primeira proposta político-pedagógica da EFSFVS foi construída no período de 1999 a 2004, pelo gestor local e pelo primeiro grupo de preceptores de território, constituído por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos. Esta proposta reflete a mudança do modelo de atenção e a ênfase na qualificação dos profissionais da atenção básica. Para tanto, é criado o modelo da “tenda invertida”⁴ e com ela a figura do preceptor de território (ANDRADE et al, 2004).

Neste íterim, são também instituídos os espaços de roda nas unidades da ESF. Dentre os dispositivos que favorecem a cogestão dos processos de trabalho em saúde, estão: a constituição de espaços coletivos e a instituição do apoio a partir do Método Paideia⁵ (CUNHA & CAMPOS, 2010). Para Sales e Pagani (2004) pretende-se, em Sobral que o Preceptor de Território se coloque numa perspectiva de EPS e da Tenda Invertida, além de ser um facilitador do Método da Roda.

Diante disto, percebemos que desde o seu surgimento no SUS de Sobral-CE, este sujeito denominado como preceptor de território/tutor de território/tutor do SSE, está implicado com o desafio da descentralização dos processos de EPS e potencialização da cogestão na ESF. A constituição do SSE, através da proposta da “Tenda Invertida”,

⁴ Segundo Andrade et al (2004), na proposta da “Tenda Invertida”, a “tenda do mestre” do modelo clássico de Residência deve ser substituída pela “tenda do aluno”, como espaço de referência para a relação educativa. Assim o “Preceptor” é que se desloca para o território da ESF.

⁵ É o método de cogestão de coletivos, também denominado de método da roda, inspirado no conceito clássico de Paideia da Grécia Antiga. Resgata o significado da necessidade de educação integral das pessoas como cidadãs.

dos Preceptores de Território e do Método da Roda, já trazia a dimensão problematizadora da aprendizagem significativa no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, lançando as bases da gestão democrática e participativa, através do apoio matricial e institucional.

Embora o termo “Tenda Invertida” não esteja presente nos discursos dos sujeitos entrevistados, foi possível capturar seu sentido e sua operacionalização nos depoimentos destes. De forma que, podemos reafirmar que é no cotidiano da sua atuação nos territórios da ESF, que os preceptores/tutores delineiam os itinerários do processo contraditório e descontínuo da construção coletiva do SSE.

3.2 Em busca da heterogeneidade e da descontinuidade na trajetória da Tutoria do SSE

Em análise das propostas pedagógicas e dos discursos dos sujeitos, podemos reafirmar o caráter histórico, heterogêneo e polissêmico da Tutoria do SSE. Sendo que a diversidade de sujeitos é influenciada por alguns elementos presentes em momento de mudança na gestão local, nos marcos legais, nos fundamentos teóricos, nas políticas pedagógicas e de saúde, assim como no perfil do grupo de preceptores/tutores.

Entre as denominações e concepções presentes nos discursos dos sujeitos entrevistados estão: Preceptor de Território/Tutor de Território como apoiador da equipe de saúde da família; Preceptor de Território/Tutor do SSE como apoiador institucional e matricial; Preceptor como aquele que precede, que abre caminhos; Preceptor/Tutor como educador, mentor e orientador; Preceptor/Tutor como mediador e articulador; Preceptor de território e de categoria/ Tutor de Território mais voltado para a RMSF; Tutor do SSE como apoiador da gestão, da equipe e da comunidade.

Apoiados na genealogia foucaultiana (REVEL, 2005), tematizamos as preceptorias/tutorias possíveis em cada momento histórico do SSE. Sendo que esta nossa busca histórica não é uma invocação do passado para resolver os problemas do presente.

3.3 Os sujeitos e os saberes da Preceptoría de Território/Tutoria do Sistema Saúde Escola de Sobral-CE

Considerando as singularidades de cada contexto político local, de cada marco legal e de cada proposta político-pedagógica das turmas de RMSF, podemos perceber como vão se tecendo os cenários de atuação da tutoria como dispositivo de EPS. Neste ínterim, vão sendo coproduzidos os sujeitos produtores de saberes e subjetivações que (re)significam as concepções de preceptoría/tutoria.

Ao analisarmos as inferências deste caso, podemos identificar convergências entre as fontes documentais e as falas dos sujeitos entrevistados, principalmente no que diz respeito às concepções de Preceptor/Tutor. As concepções identificadas nas propostas político-pedagógicas incidem sobre as concepções dos sujeitos, que oscilam entre o foco no apoio institucional às equipes da ESF e o foco no apoio pedagógico à RMSF.

É importante reconhecer o diferencial trazido ao perfil de alguns tutores pela identificação com a atenção primária à saúde, pela postura dialógica e a pela história de militância nos movimentos sociais. Outros destaques importantes foram: a vontade política e a presença significativa e a liderança da equipe de gestão da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Sobral no período de 1997 – 2004.

Contudo, podemos destacar algumas divergências entre os elementos textuais e os elementos discursivos no que diz respeito aos critérios de formação na área da saúde e de vinculação com a equipe de assistência. O grupo de preceptores/tutores não pertence às equipes da ESF e têm se constituído com a participação de profissionais que não têm formação acadêmica na área da saúde, como pedagogo e historiador.

Segundo Pagani & Andrade(2012) a concepção da Preceptoría de Território tomou forma através da ação de um grupo multiprofissional que se apoiou conceitualmente nas noções de território, ESF e EPS. Consideramos que este perfil multiprofissional permite ampliar nosso olhar sobre o processo saúde-doença, pois a interdisciplinaridade possibilita-nos a abordagem dos determinantes sociais da saúde no exercício da clínica ampliada.

3.4 O Agir do Tutores no Sistema Saúde Escola de Sobral-CE

Podemos observar que alguns elementos textuais das fontes documentais convergem com os discursos dos sujeitos entrevistados, quanto às competências e atribuições esperadas do Preceptor/Tutor. Destacam sua atuação no apoio institucional, na potencialização das rodas como espaços de EPS, que viabiliza a reflexão acerca das necessidades de saúde e o planejamento e pactuação dos processos de (re)organização de serviço.

No entanto, os sujeitos participantes da pesquisa ressentem-se da falta de reconhecimento da sua atuação na EPS nas rodas da ESF, devido ao equívoco de restringi-la apenas aos momentos teórico-conceituais de núcleo, realizados na EFSFVS. Vale ressaltar que segundo Costa (2009), os espaços de EPS e do apoio são, essencialmente, “rodas” que viabilizam a reflexão coletiva dos sujeitos.

É importante destacar que as competências previstas para a Tutoria nos documentos analisados aproximam-se do perfil e das atribuições apontadas pelos entrevistados. No entanto observa-se nos documentos uma ênfase maior no apoio pedagógico, enquanto as falas dos sujeitos reafirmam que o apoio matricial e institucional à ESF, sempre esteve presente na sua atuação, independente da diversidade de propostas político-pedagógica e de denominações.

Vale destacar, que entre as atribuições dos preceptores/tutores estão presentes as ações de educação popular em saúde que possibilitam a relação dialógica entre o saber científico e o saber popular na perspectiva do fortalecimento do controle social.

Segundo Vasconcelos (1999), uma grande parte das práticas de educação popular em saúde está hoje voltada para a superação do fosso cultural existente entre a instituição de saúde e a população. Neste sentido, o referido autor lembra a teoria de Paulo Freire sobre o processo educativo é diretamente aplicável à atenção primária à saúde.

Além disso, os fundamentos da educação libertadora (FREIRE, 1979), da articulação do quadrilátero da EPS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) e da pedagogia da implicação (MERHY, 2005), conduzem à atuação no fomento ao controle social nos territórios.

3.5 A Tutoria entre facilidades e dificuldades para atuar no Sistema Saúde Escola de Sobral -CE

A compreensão dos fatores que facilitam ou dificultam a atuação da Tutoria no SSE de Sobral-CE, exige que identifiquemos as potencialidades e limitações do espaço deste dispositivo, para a coprodução de sujeitos auto-reflexivos e autônomos, com capacidade de ver e falar da tutoria na perspectiva de instituírem novos modos de atuar na EPS para além do já instituído.

Entre as facilidades encontradas pelos Preceptores/Tutores na sua atuação, em cada turma da RMSF, foram destacadas: o pioneirismo sem cobrança; a esperança e a credibilidade na atenção primária; a proximidade com a gestão; o conhecimento prévio do sistema; a escola como instituição diferenciada, o sistema aprendente; a educação permanente; a roda de preceptores; o acolhimento e abertura das pessoas da equipe e da comunidade; condições estruturais, materiais e teórico-metodológicas oferecidas pela EFSFVS.

Destacam-se nos discursos, algumas potencialidades que estão relacionados às forças imanentes dos sujeitos e outras que são relativas às oportunidades transcendentais viabilizadas pelo seu contexto. Isto implica em modos de subjetivação nos quais o sujeito é capaz de voltar o olhar sobre si, tornando-se objeto visível para si mesmo, que ao observar-se e apreciar-se, pode falar sobre a sua prática (MARCELLO, 2004). Segundo Foucault (2010), nesta constituição da experiência de si, o sujeito livre desenvolve a sua governabilidade, através da articulação entre as técnicas do governo de si e dos outros.

Assim, podemos compreender que as formas de visibilidade e enunciação do ser tutor sobre si mesmo fazem com que esses sujeitos se reconheçam como criadores, como fundadores e principais responsáveis por seus atos, por suas atitudes e por formas de praticar o exercício da tutoria.

Por outro lado, as dificuldades apresentadas pelos sujeitos entrevistados foram: a incerteza quanto a certificação da RMSF; a estrutura precária das unidades de saúde; resistência de pessoas da academia; falta de tempo suficiente para acompanhar todos os territórios; dificuldade de conciliar agenda da tutoria com o tempo das equipes; falta

de articulação com a gestão, falta de recursos materiais para o desenvolvimento de atividades pedagógicas e terapêuticas; perfil inadequado de alguns residentes.

Podemos observar entre os fatores que dificultam e os que são facilitadores a atuação dos preceptores/tutores, certa ambiguidade, quando estão relacionados às situações e circunstâncias do momento político do SSE. De forma que a relação de proximidade ou distanciamento entre a Gestão e a EFSFVS, e conseqüentemente entre a Gestão a Preceptoria/Tutoria incide sobre a relação entre esta e as ESF, de forma positiva ou negativa. Outros fatores estão associados às fragilidades imanentes ao perfil do sujeito ou as ameaças transcendentais do seu contexto.

Merhy & Onocko (1997) nos advertem que mexer em processos de trabalho é mexer com interesses e forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos. Contudo, são necessários “disparadores” de processos de fuga ao instituído, que estejam explicitamente vinculados a um olhar ético-político interrogador e ruidoso do trabalho vivo, para provocar as fissuras que exponham as possibilidades de “quebras” em relação aos processos de trabalho morto cristalizados no instituído cotidianamente.

Os sujeitos da pesquisa também trouxeram algumas considerações quanto ao enfrentamento de alguns desafios colocados para a Tutoria, tais como: a incorporação por todos os profissionais da proposta do SSE como sistema aprendente; o reconhecimento do papel estratégico da tutoria pela gestão; a seleção criteriosa dos tutores; a autonomia política e a sustentabilidade financeira e a efetivação do quadro docente da EFSFVS; a compreensão das ESF quanto à ampliação das funções e a permeabilidade da agenda do tutor; a escuta e socialização no grupo de tutores; a sistematização do plano de atuação da Tutoria; o apoio da gestão para ampliação do quadro de tutores.

Ceccim & Ferla (2009) defendem que o desenvolvimento da escuta pedagógica no ambiente de trabalho deve buscar captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, através de dispositivo de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais. Assim, antes mesmo de ser uma opção didático-pedagógica, a educação permanente é uma opção político-pedagógica (CAPRA, 2011).

Portanto, tais inferências denotam não só o desejo de afirmação da tutoria como dispositivo pedagógico no SSE, mas também a sua implicação com os ideários políticos da defesa do SUS, do fortalecimento da ESF e da efetivação da PNEP.

3.6 Como os Preceptores/Tutores contribuem com os processos de educação permanente no seu cotidiano de atuação no Sistema Saúde Escola de Sobral-CE

No período estudado, foi desenvolvida uma diversidade de ações, que se constituíram como contribuições aos processos de EPS e produziram resultados no que diz

respeito a territorialização, o planejamento participativo, a inovação/reorganização das práticas de cuidado, a participação popular e o controle social nos territórios da ESF.

Os relatos dos sujeitos reafirmam que uma das práticas já consolidadas e presentes em todos os momentos da sua trajetória é a territorialização, embora esta atividade tenha variado nos seus modos de fazer. Vale destacar, a reconhecimento das experiências iniciais que contavam com um maior envolvimento das equipes e uma ampla mobilização da comunidade, pois atualmente a participação da equipe e da comunidade está muito restrita nas territorializações desenvolvidas pela RMSF.

Neste sentido, a territorialização deve ser tomada como atividade permanente dos sujeitos sociais na apropriação da dinâmica, das necessidades de saúde, contradições e potencialidades dos territórios vivos para a construção coletiva de processos de reorganização/humanização dos serviços (SILVA et al, 2010).

Os sujeitos desta pesquisa enxergam a presença da EPS em algumas atividades desenvolvidas com os profissionais da ESF e da RMSF. A Preceptoría de Território nas primeiras três turmas estava mais voltadas para o acompanhamento das equipes de saúde da família na reorganização dos seus processos de trabalho, enquanto que da quarta à oitava turma o enfoque da Preceptoría de Território/Tutoría de Território era no apoio à RMSF, e só a partir da nona turma trabalha-se com o enfoque da Tutoría do SSE é ampliado para todos os processos de EPS.

Outra constatação deste estudo é quanto à centralidade do apoio Paideia, como referência das atividades desenvolvidas pelos preceptores/tutores nas rodas e coletivos do território, da residência e nos espaços de controle social, em todos os momentos da sua trajetória histórica.

Considerando os desafios da articulação do quadrilátero da EPS, compreendemos que tais atividades de apoio à clínica ampliada e ao controle social viabilizam a aproximação entre os docentes, os residentes, os matriciadores, os estagiários, as equipes de saúde da família dos usuários e parceiros nas redes locais.

Neste sentido, tais atividades contemplam o apoio institucional à reorganização dos serviços na perspectiva da melhoria da qualidade e do acesso à atenção integral à saúde, através do apoio matricial no exercício da clínica ampliada, da educação popular em saúde e da humanização do acolhimento.

Diante destes relatos dos sujeitos acerca das vivências da preceptoría/tutoría no cotidiano dos territórios da Estratégia Saúde da Família é possível perceber o caráter de heterogeneidade, singularidade e descontinuidade dos modos de produção de saberes e práticas na maioria das experiências citadas. Entre os elementos que possibilitam esta diversidade, estão: as necessidades sociais e de saúde colocadas pela comunidade, pela gestão e pelos trabalhadores da saúde em cada contexto, além da influência dos núcleos de saber próprios da formação profissional e da experiência prévia de cada um dos sujeitos estudados.

Diante da indefinição de papel, competências e atribuições dos preceptores e tutores, compreendemos que este caráter instituinte da sua atuação lhe permite linhas de fuga, que são necessárias à reconfiguração dos processos e relações instituídas na micropolítica do trabalho vivo em ato, podendo ampliar seu escopo de atuação.

No seu método de cogestão de coletivos, Campos (2006) considera que o sujeito singular é coproduzido dialeticamente pela tensão constante entre forças externas e internas. Apoiado em Deleuze e Guattari (1995), o referido autor propõe o desvelamento das potencialidades imanentes ao sujeito e transcendententes do seu contexto, cuja síntese constitui os possíveis, compromissos, contratos e projetos.

Ademais, podemos afirmar que isto não exclui a importância de reconhecermos as contribuições desta construção histórica do ser preceptor/tutor. Assim, como também reafirmamos a necessidade de um alinhamento teórico-metodológico, prático-operacional e ético-político que fundamentam as concepções e as diretrizes básicas de atuação, com a produção de sentidos para sua atuação, para além do que está instituído no marco legal.

As contribuições da Preceptoria/Tutoria para a EPS foram inferidas pelos sujeitos, a partir das seguintes evidências: a interlocução e a mediação entre as equipes e a gestão; a formação das dez turmas da RMSF; a melhoria de alguns indicadores de saúde; a potencialização do espaço e a inovação da dinâmica da roda da ESF; a transformação das práticas e reorganização de serviço na ESF; o fortalecimento da EPS e do controle social; a organicidade da atuação dos residentes; a construção de vínculos com a equipe e a comunidade; a ampliação do olhar sobre os conflitos da equipe e as necessidades de saúde do território; a inserção de outros profissionais da área de humanas na saúde; a organização e humanização do acolhimento; o aumento da satisfação do usuário e a redução de denúncias à ouvidoria; o perfil e a atuação de egressos da RMSF no SUS.

Tais contribuições convergem com os princípios e diretrizes propostos pela PNEPS, na medida em que expressam e operacionalizam a concepção de EPS para os trabalhadores do SUS que queremos. Entretanto, destacamos uma advertência quanto ao risco de apropriação indevida, pela Preceptoria/tutoria, de resultados produzidos coletivamente.

Considerando que na função apoio, o preceptor/tutor é um coadjuvante da coprodução de sujeitos e da cogestão de processos, os resultados devem ser partilhados entre todos que compõem a gestão, as equipes, os grupos e os coletivos envolvidos nas ações que protagonizaram.

É certo, portanto, que os resultados alcançados pela Preceptoria/Tutoria foram produzidos coletivamente, assim como também é importante reconhecer que esta dependeu da influência de alguns fatores do contexto da gestão participativa, de táticas moventes e da articulação com outros sujeitos/redes para atuar na EPS.

Contudo não podemos esquecer que os dispositivos justificam sua existência pela necessidade sempre premente de disparadores e facilitadores que estimulem a problematização e ressignificação permanente dos afetos, dos saberes e dos poderes presentes no cotidiano dos territórios da ESF. Como podemos observar nos relatos dos sujeitos, que souberam ter uma presença significativa nos territórios para articular e apoiar gestores, trabalhadores, conselheiros, educadores e usuários do SUS na busca permanente da melhoria da qualidade e da ampliação do acesso à atenção integral à saúde.

3.7 Os modos como os Preceptores/Tutores são afetados por suas vivências no Sistema Saúde Escola de Sobral-CE

Nesta análise, fazemos inferência aos elementos presentes nos discursos dos sujeitos envolvidos no estudo, que expressam seus modos de sentir e de (re)significar a vivência da Preceptoria/Tutoria no SSE. Entre os sentimentos manifestados estão: alegrias, prazer, saudade, motivação, dedicação, gratidão. Entre os significados percebidos destacamos: processo rico e prazeroso; momentos de encontro e de celebração; momento muito importante que deu fôlego à RMSF chegar à décima primeira turma; momento de muitas lembranças interessantes; momento valoroso de inserção no sistema de saúde; mudança das práticas em sala de aula na Universidade; momento marcante de convivência, aprendizado e fortalecimento como educador; experiência mais rica da vida; ampliação dos horizontes de atuação da pedagogia.

Observamos que o grupo de tutores também necessita de um Apoio Paideia na roda docente, para que seja garantido um espaço de cuidado e educação permanente que lhes possibilite a elaboração dos seus afetos, ressignificação dos seus saberes e mediação das correlações de poder. Segundo Oliveira (2011), a função de apoiador sugere a incorporação de referenciais e ferramentas do Apoio Paideia, para estimular a relação dialógica na gestão do trabalho em equipe, na clínica ou nos processos pedagógicos.

Assim podemos afirmar que, neste décimo quarto ano de atuação da Preceptoria/Tutoria, os sujeitos participantes deste estudo são testemunhos da sua contribuição como dispositivo potente da educação permanente em saúde, na sua atuação na função apoio Paideia no Sistema Saúde Escola de Sobral-CE.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as inferências possíveis neste estudo, está a concepção da tutoria como um dispositivo político-pedagógico, que tem sua gênese no processo de mudança do modelo de atenção, sendo instituída pela vontade política de gestores, que idealizaram o SSE de Sobral-CE. Destacamos a concepção da “Tenda Invertida”, entre os fundamentos basilares do SSE como sistema aprendente; da RMSF como modalidade de EPS

e do novo lócus de atuação do preceptor. Assim, se instigou o processo de descentralização dos processos de EPS, privilegiando o território como espaço de produção de novos sentidos, saberes, poderes, afetos e práticas de cuidado e controle social.

Desta forma, o SSE de Sobral surge como tática movente instituinte operacionalizada por gestores e preceptores de território, que atuaram como disparadores do processo de problematização da realidade para a transformação dos processos e das relações de trabalho. Tendo o desafio de efetivar a política municipal de EPS, através da articulação do quadrilátero da educação na saúde.

Considerando que o Método Paideia se constitui como importante referência para o exercício da função apoio pelos preceptores/tutores, reafirmamos a importância da instituição dos espaços coletivos de rodas para o fortalecimento dos processos de EPS, através da coprodução de sujeitos na cogestão dos processos de trabalho na ESF.

Neste sentido, observamos que entre as contribuições da tutoria, como dispositivo de EPS, foram apontados pelos sujeitos entrevistados algumas ações/resultados que correspondem às vantagens resultantes do desenvolvimento do Método Paideia, segundo prevê Campos (1998). Entretanto, percebemos a necessidade de potencializarmos os espaços dialógicos de educação permanente da tutoria. A roda docente deve possibilitar a problematização e o alinhamento dos saberes e práticas, que fundamentam os investimentos de visibilidade e de enunciabilidade dos sujeitos-tutores para explicitar, partilhar e problematizar os modos de subjetivação concernentes as diferentes modalidades de apoio, sejam elas instituídas ou instituintes.

Este estudo nos oportunizou resgatar a diversidade de contextos e sujeitos e revelar as possibilidades de atuação nos territórios. Além disso, nos instigou ao desafio de resignificar concepções, disseminar ações inovadoras e de principalmente nos reencontarmos pela tutoria, inspirados pela boniteza do ato de agir, cuidar, apoiar e educar no SUS. Vale ressaltar que identificamos a necessidade de uma continuidade e aprofundamento deste processo investigativo junto ao grupo atual de Tutores. Através deste estudo manifestamos nosso reconhecimento aos sujeitos que fazem a desafiadora e esperançosa história da tutoria como dispositivo potente e indagador da EPS no SSE de Sobral-CE.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR, T.; AMARAL, M. I. V.; PARREIRAS, P. C. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. In: **SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Ano V. Vol. 1, n.1, jan./ fev./mar. 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Persona, Lisboa, 1977.

CAMPOS, G. W.S. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. HUCITEC, 2006.

CAPRA, M. L. P. **A Educação Permanente em Saúde como Dispositivo de Gestão Setorial e de Produção do Trabalho Vivo em Saúde.** Tese de Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. *In: Rev. Trab. Educ. Saúde. V. 6, n.3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.*

CECCIM, R. B & FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** 19(1):41-65. 2004.

COSTA. R. M. O. **O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na atenção básica no Estado da Bahia.** Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública com Área de Concentração em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Fiocruz/ENSP, 2009.

CUNHA, G. T. & CAMPOS, G. W. de S. **O Método Paideia de Cogestão de Coletivos Organizados para o Trabalho.** Org. e Demo. V. 11, Nº 1, p. 31 – 46, jan./jun., Marília, 2010.

DELEUZE, G. **O que é um dispositivo?** Trad. Ruy de Souza Dias. Rio de Janeiro, 2001. Qu'est-ce qu'un dispositif? *In* Michel Foucault philosophe. **Rencontre internationale.** Paris 9, 10, 11 janvier 1988. Paris, Seuil, 1989.

DELEUZE, G. & GUATTARY, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia.** V. 1. Coleção Trans. Editora 34, São Paulo, 1995.

DREYFUS, H. & RABINOOU, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1995.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** 12. ed., Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1979.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber.** 7. ed., Trad. Luis Felipe Baeta Neves, Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **História da Sexualidade I: Vontade de Saber.** Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. Ed. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1988.

_____. **O governo de si e dos outros: Curso no College de France (1982-1983)** Trad. Eduardo Brandão, Ed. WMF Martins Fontes, São Paulo, 2010.

MARCELLO, F. de A. O Conceito de Dispositivo em Foucault: Mídia e produção agonística de sujeitos maternos. *In: Revista Educação e Realidade.* 29(1) Jan-Jun 2004.

MARTINS JÚNIOR, Tomáz *et al.* A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral – Ceará. *In: Sanare, Revista de Políticas Públicas.* Vol 07, n. 2, Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação.** 9 (16): 169-171,2005.

MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org) **Agir em Saúde - Um desafio ao público**. Série didática, Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2011.

PAGANI, R. & ANDRADE, L. O. M. de. Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral-CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> acesso em 05 nov. 2012.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. In: **Sanare, Revista de Políticas Públicas**. Vol 07, n. 2, Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

PARREIRAS, P. da C. & MARTINS JR, Tomás. A proposta político-pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. In: **SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas**, ANO V, N.1, JAN./FEV./MAR. Sobral – CE, 2004, pág. 21-32.

REVEL, J.. **Michel Foucault: Conceitos essenciais**. Clara Luz Editora. São Carlos, 2005

SALES, I. C. & PAGANI, R. F. A Preceptoria de Território na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (desafios políticos, técnicos e metodológicos de uma experiência). **SANARE, Revista Sobralense de Políticas Públicas**. EFSFVS, v. 5, n. 1, 2004.

SANTOS, A. L. & RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção Básica à saúde. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. V. 8. N. 3. Nov 2010/fev 2011, Rio de Janeiro, 2011, pag. 387-406.

SILVA, A. L. F. *et al.* Tecnologia da Territorialização: Processo vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE. In: **Território, Cultura e Identidade**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010.

SOARES, C. H. A. *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral. In: **Sanare, Revista de Políticas Públicas**. Vol 07, n. 2, Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

SOUZA, F. L. *et al.* A Política de Educação Permanente em Sobral. In: **Sanare, Revista de Políticas Públicas**. Vol 07, n. 2, Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. trad. Daniel Grassi – 3. ed., Bookman, Porto Alegre, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. Ed. Hucitec, 1999.



Educação permanente em saúde no contexto dos enfermeiros da estratégia saúde da família de Sobral (CE): analisando desafios e possibilidades

*Maria do Socorro Teixeira de Sousa
Israel Rocha Brandão
José Reginaldo Feijão Parente*

I INTRODUÇÃO

Em 2004, através da Portaria 198/2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

Esta política define a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um instrumento para mudanças e transformações dos serviços de saúde. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços (BALBINO et al., 2010).

Com efeito, as relações entre educação e trabalho em saúde assumem posições, estratégias e significados importantes, procurando vencer a dicotomia entre pensar e fazer e integrando habilidades teóricas e práticas. A EPS pretende incorporar o ensinar e o aprender ao cotidiano das organizações e do trabalho (BALBINO et al., 2010; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Portanto a EPS busca constantemente a aprendizagem, possibilitando processos e desenvolvimentos de profissionais de saúde para estarem comprometidos com a assistência, conscientes e responsáveis, inseridos no processo de trabalho e no território, conhecedores do sistema em que atuam no caso o SUS, com suas políticas e ações (BALBINO et al., 2010).

Assim a (EPS) apresenta-se como proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos

processos formativos, das práticas pedagógicas, de atenção a saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas da gestão e as instituições formadoras.

Nesse sentido, a educação permanente por ser um modelo inovador de buscar transformar uma realidade, deve ultrapassar os campos do saber focal dos profissionais e buscar o ensino-aprendizagem amplamente, a partir do seu dia-a-dia com a comunidade e assim, dar continuidade ao processo ensino-serviço.

No entanto ainda se expressa frequentemente no cotidiano de trabalho um modelo de formação tradicional através da educação continuada, a qual se constitui de cursos clássicos de atualizações profissionais, com sobrecarga, padronização, desarticulação com a gestão, reproduzindo-se um modelo hegemônico de atenção à saúde.

2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL

No município de Sobral, local onde ocorreu esta pesquisa, os processos de educação permanente são organizados e desenvolvidos através da Escola de Formação em Saúde da família Visconde de Saboia- EFSFVS, que tem a missão de desenvolver o processo de ensino aprendizagem dos profissionais do Sistema Municipal de Saúde do Município de Sobral, tendo como instrumento a Educação Permanente.

Dentre os processos de educação permanente desenvolvidos pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia destaca-se a educação permanente dos enfermeiros. De acordo com Sousa et al (2008), com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1997, as atividades da enfermagem foram ampliadas, o enfermeiro passou a exercer suas funções na gerencia, na assistência de enfermagem, nos cuidados domiciliares, na participação comunitária.

Apesar dos avanços percebe-se que ainda existem muitas fragilidades nos processos educativos destes profissionais. A formação e a educação dos enfermeiros necessitam de uma constante revisão para que as perspectivas de trabalho voltadas para a atenção a saúde na ESF sejam alcançadas.

Para tanto se exige uma releitura do contexto atual na busca de novas estratégias para a melhoria da atenção à saúde, e deve ser realizada tanto pelas instituições quanto pelos trabalhadores para que a educação permanente proponha novas ações no campo da educação em saúde o que orienta para o fortalecimento da relação educação trabalho (BRUM, 2009).

Diante deste contexto busca-se responder nesta pesquisa as seguintes indagações: Como os enfermeiros compreendem a Educação Permanente em Saúde? A Educação Permanente em Saúde está conseguindo transformar as práticas dos enfermeiros? Que aspectos dificultam e favorecem a EPS dos enfermeiros da ESF? As abordagens metodológicas favorecem a reflexão sobre as práticas?

Constitui-se, portanto como objetivo deste estudo analisar a EPS vivenciada pelos enfermeiros da ESF.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Neste tipo de abordagem o fenômeno humano estudado é entendido como parte da realidade social, pois este não se difere só por agir, mas por pensar sobre o que faz, e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

A pesquisa ocorreu em Sobral-CE, no período de janeiro a março de 2014, em 12 Centros de Saúde da Família (CSF) da sede do município com a participação de 20 enfermeiros com tempo de atuação igual ou superior a dois anos na ESF.

Para a construção do corpus da pesquisa utilizou-se a entrevista com roteiro semiestruturado na qual os participantes tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema, abordado.

Os dados foram tratados através da Análise de Conteúdo Temático conceituado por Bardin (2009) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), e a Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sob o número 5053 de 20/12/2013.

As categorias gerais de análise demonstradas no quadro abaixo foram definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista. Estas categorias subdividiram-se em subcategorias a partir dos agrupamentos das respostas dos participantes dadas pelas semelhanças entre elas.

Quadro 1 - Categorias gerais da análise

REDE INTERPRETATIVA DO ESTUDO			
Categorias	Subcategorias		
Percepção dos enfermeiros sobre Educação Permanente	Atualizações e Conhecimentos	Aprendizagem Permanente	Processo formativo no trabalho
Transformações das práticas	Conhecimentos Técnicos Científicos	Desenvolvimentos pessoal e profissional	
Aspectos que interferem na EPS	Fatores que fragilizam a Educação Permanente em Saúde	Fatores que fortalecem a Educação Permanente	
Abordagens metodológicas	Interação com o facilitador.	Metodologias tradicionais na EPS	Propondo novas metodologias para a EPS

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Percepção do Enfermeiro da ESF sobre Educação Permanente em Saúde

Os enfermeiros percebem a Educação Permanente como atualizações, novos conhecimentos, aprendizagem nos serviços. De acordo com os relatos percebe-se que as práticas de Educação Continuada são entendidas pela maioria dos enfermeiros como Educação Permanente.

Compreende-se que este equívoco pode ter suas raízes no contexto no qual estão inseridos, quando se atribui a qualquer atividade pedagógica relacionada aos serviços, o conceito de Educação Permanente.

Os participantes ao conceituarem a EPS como atualizações, aquisição de conhecimentos, afirmam que ao vivenciarem esta se sentem seguros para desenvolverem melhor as suas ações:

Só veio para contribuir, acrescentar conhecimento, renovar, melhorar. Através da EP usando protocolos podemos trabalhar com mais segurança, atualizar e tirar nossas dúvidas. (Enf. 7).

Então eu vejo a Educação Permanente como um instrumento bastante favorável para o aprendizado do enfermeiro e conseqüentemente para uma boa realização do seu trabalho (Enf.1).

Ao analisar estas percepções encontram-se na literatura as afirmações de Mejia, citado por Davini (1994), que conceitua educação continuada como o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando assim, a competência como atributo individual.

Entretanto, a abordagem da educação permanente se pauta a partir do conhecimento emergido das situações as quais envolvem os profissionais no seu cotidiano de trabalho, razão pela qual a torna importante para a transformação do SUS e para o desenvolvimento dos profissionais inseridos neste.

4.2 Transformações das Práticas dos enfermeiros a partir da Educação Permanente em Saúde.

Os enfermeiros relatam transformações importantes em suas práticas e atribuem estas mudanças as suas vivências na Estratégia Saúde da Família. Consideram que o Conhecimento Técnico Científico adquirido com a EPS possibilitou a aquisição de habilidades para manejo e acompanhamento de agravos à saúde e outros seguimentos nos ciclos de vida.

O município de Sobral tem investido em ações de Educação Permanente em Saúde, e estas se voltam principalmente para os conhecimentos técnicos que possam habilitar melhor os enfermeiros que atuam na ESF. Estes conhecimentos e habilidades são considerados elementos transformadores das suas práticas.

Os enfermeiros da ESF de Sobral utilizam protocolos clínicos¹ instituídos pelo Ministério da Saúde e ou pelo município para atendimento à gestante, à criança, atenção à pessoa com tuberculose, com hanseníase, com diabetes, hipertensão arterial, com sífilis, com suspeita de dengue, entre outros.

As mudanças sempre foram positivas, levando-me a: 1) Realização de consultas conforme protocolo de patologias e afecções. 2) Ficar sob alerta diante das necessidades quanto a vigilância epidemiológica. 3) Dar mais ênfase ao monitoramento de indicadores. (Enf. 10)

¹ Segundo Ministério da Saúde do Brasil, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico. Também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz

Para Ribeiro e Mota (2005), a aprendizagem através de capacitações, só será efetiva quando os atores tomarem consciência do problema e nele se reconhecerem, tornando possíveis as mudanças necessárias. Porém, para os profissionais de saúde assumirem a condição de atores é necessário que estes deixem de ser coadjuvantes dos serviços para tornarem-se protagonistas deste processo assumindo um lugar central, de atores sociais das reformas e de práticas de atenção à saúde.

Os participantes afirmam que a Educação Permanente conseguiu propiciar novas visões de mundo, mudar a forma de se relacionarem com os outros, com equipe de trabalho e comunidade. Percebe-se emoção nas falas de alguns entrevistados quando relatam esse tipo de mudança:

Já faz tanto tempo, que eu estou nessa EP que...Acho que mudei muito meu comportamento em interagir com o usuário, com os colegas de trabalho (Enf. 06).

Embora os enfermeiros reconheçam que a Educação Permanente necessite de um espaço instituído para o repasse de conhecimentos, também consideram que a educação permanente contribuiu para mudanças pessoais como a forma de se relacionarem com outros trabalhadores da equipe, inclusive com a comunidade.

Nesse sentido, Morin (2003) afirma que a educação corresponde a toda modalidade de influências e interrelações que convergem para a formação de traços de personalidade social e do caráter, implicando uma concepção de mundo, ideais, valores, modos de agir, que se traduzem em convicções ideológicas, morais, políticas e princípios de ação frente a situações e desafios da vida prática.

Com vistas a isto, a Educação Permanente busca uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde entre seus trabalhadores e usuários do sistema, pois a mudança do processo de trabalho surge de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

A corresponsabilização embora tenha sido colocada por poucos é importante destacar que quando o enfermeiro atribui também a si a responsabilidade da Educação Permanente, ele está mudando as suas práticas. Ele começa a perceber que faz parte desse processo como sujeito ativo.

4.3 Aspectos que interferem na Educação Permanente

São muitos os aspectos que interferem na EPS. Em suas concepções, os participantes não reconhecem a existência de Educação Permanente em Saúde no local de trabalho e consideram isso uma deficiência. Enfatizam que poderia ser melhor se os temas abordados fossem nos locais de trabalho e pertinentes realidade do território, através de discussões e práticas.

[...] assuntos direcionados ao território, ao processo de trabalho, coisas práticas. Já tivemos muito anos de aula, que hoje fosse algo diferente, dentro do processo de trabalho, como na residência. (Enf. 19)

Os depoimentos revelam incômodo por não acontecer EPS nos serviços. Demonstram uma compreensão de que a EPS nos serviços se torna mais significativa, e que esta precisa ser coerente com a realidade de cada território.

Constata-se que a Educação Permanente dos enfermeiros acontece na forma de encontros fora do território de atuação, onde um facilitador discute uma temática pertinente ao momento epidemiológico do município.

Um aspecto que chama a atenção nesse tema é o fato dos participantes colocarem a não existência de Educação Permanente no território, mas quando questionados sobre a existência da Preceptoria no território, todos afirmam que esta existe de forma regular e sistemática. Daí se percebe que os enfermeiros não consideram as preceptorias ou outra discussão que traga a reflexão das práticas no território como Educação Permanente. Para eles a Educação Permanente precisa de uma temática e um facilitador que facilite as discussões, embora considerem importante que essa aconteça no próprio serviço e que as temáticas sejam inerentes à realidade do território.

É preciso assinalar que as demandas dos processos educativos devem surgir da problematização da práxis dos profissionais, e não tão e somente de demandas individuais dos gestores.

Outro fator apontado como desfavorável é a ausência de práticas na EPS. Fica evidente que os enfermeiros têm a necessidade de uma Educação Permanente com abordagens práticas, e principalmente voltadas a procedimentos específicos da categoria de enfermagem:

As necessidades que tenho de EPS estão relacionado aos meus pacientes acamados, eu sinto necessidade de um treinamento voltado para ações específicas como passar uma sonda enteral, não tenho tanto manejo, sei na teoria, mas pouco na prática. (Enf. 08).

Neste aspecto pode-se perceber que os enfermeiros se sentem inseguros na realização de certos procedimentos específicos de sua categoria. Tendo em vista a complexidade que hoje a Estratégia Saúde da Família demanda, muitas vezes o enfermeiro necessita cuidar de pessoas em internação domiciliar e ou outras demandas mais específicas da atenção hospitalar.

Compreende-se que momentos de práticas no processo de EPS torna muito rica a aprendizagem, porém devemos refletir sobre os apontamentos de Ceccim (2005) ao enfatizar a importância do desenvolvimento de atividades práticas, alertando para o fato de que não se deve tratar apenas da aplicação prática ou treinamento de técnica

específica, aproveitando-se o ambiente e os insumos do serviço, mas da realização de atividades reflexivas, críticas, que possam gerar as transformações.

Outra fragilidade relatada foi a não participação no planejamento das atividades. Colocam que deveriam participar de forma mais efetiva da organização e planejamento da EPS, para que pudessem apontar e refletir sobre as necessidades referentes aos seus territórios. Pode-se perceber que a EPS acontece de forma verticalizada e seus organizadores já chegam com as temáticas prontas:

Identificamos as nossas necessidades, então a nossa participação deveria ser um pouco mais efetiva, não de forma verticalizada, os assuntos já chegam prontos. Deveria ser discutido, que houvesse uma reflexão sobre as necessidades (Enf. 13).

Percebe-se a importância da participação e aproximação de todos os elementos na discussão, no planejamento e nas ações de Educação Permanente. Desta forma, considera-se que a redução da hierarquia, a descentralização das decisões, contribuem para a implementação de novas estratégias em consonância ao marco conceitual da EPS. Assim, as possibilidades de inovação e mudança das concepções e práticas dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas, do desenvolvimento de recursos estratégicos que contribuem para a democratização da gestão (BRASIL, 2005)

A falta de sistematização também foi apontada como um fator que fragiliza a EPS. Os participantes relatam que existia uma programação previamente definida com datas e horários para que os mesmos se organizassem com suas agendas.

Parece contraditório quando alegam a falta de sistematização e organização de temáticas, ao mesmo tempo que apontam a necessidade de EPS nos serviços de acordo com a realidade do território. Entende-se que a Educação Permanente se faz necessária mesmo num modelo tradicional de Educação Continuada que possa contribuir nas ações do cotidiano dos profissionais.

A EPS também se apresenta desarticulada com as necessidades dos serviços. Os enfermeiros não negam a existência e a importância das capacitações técnicas científicas para as suas práticas, contudo apontam que existem muitas questões que não contempladas na Educação Permanente. Isso revela que muitas ações de EPS não dialogam com os serviços. Os enfermeiros consideram que a Educação Permanente contempla de forma parcial as necessidades de aprendizagem para o território.

Um aspecto evidenciado foi a necessidade que estes têm de uma Educação Permanente em Saúde mais voltada para abordagens, atitudes frente a situações complexas, como o caso de abandono ou não adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas e outras vulnerabilidades sociais.

Este fato chama atenção por responder a uma das indagações de como a Educação Permanente tem contribuído para as mudanças das práticas, e percebe-se que houve transformações significativas, principalmente nos aspectos técnicos, mas existe uma necessidade em relação a capacidade de lidar com contextos sociais complexos. Percebe-se que existe um grande investimento na Educação Permanente que está mais voltada para o conhecimento técnico científico. Portanto identifica-se na fala dos enfermeiros a necessidade que têm de estarem mais preparados para o enfrentamento destas vulnerabilidades.

Os enfermeiros também depõem que existem momentos de Educação Permanente que despertam pouco interesse por se tratar de temáticas que trazem pouco significado. Pode-se perceber que os participantes apontam estas situações quando os assuntos discutidos não são importantes para as suas práticas.

A EP não é muito interessante quando os assuntos não são do nosso interesse, do nosso fazer. (Enf. 08)

Este pouco interesse também pode estar associado a metodologia utilizada, espaço físico, e muitas vezes os enfermeiros deixam de cumprir suas agendas para obedecerem ao chamado da gestão para momentos de Educação Permanente.

Quanto aos fatores que favorecem a EPS, são apontados o apoio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia como aspecto que potencializa, a organização dos territórios por macro áreas de saúde. Antes dessa divisão os encontros aconteciam com todos os enfermeiros num mesmo espaço tornando muito difícil as discussões, com conversas paralelas, pouca atenção e com isso despertando pouco interesse aos participantes.

4.4 Metodologias utilizadas na Educação Permanente dos enfermeiros.

Os enfermeiros afirmam que o facilitador faz a diferença nos processos de EPS. Este facilitador precisa ser reconhecido, ter segurança e domínio da temática que está discutindo, que busque interagir com o grupo. Percebe-se que os mesmos têm vivenciado situações em que facilitadores não condizem com estas características:

Depende de quem está ministrando o tema. Por que têm pessoas que não têm domínio. Precisa-se ter cuidado com quem vai facilitar a EPS. (Enf. 05)

Este depoimento revela a metodologia utilizada por alguns facilitadores da Educação Permanente em Saúde, que é o da transmissão de conhecimentos de forma mecânica, sem interagir com o grupo, levando estes profissionais ao desinteresse e desmotivação.

Os enfermeiros falam da importância do domínio que o facilitador precisa ter sobre o tema que está discutindo, tornando a EPS mais interessante e significativa.

Cada processo formativo possui peculiaridades e se torna muito variado na sua execução, dependendo de como o facilitador desenvolve a aula, quais objetivos se pretende alcançar e que práticas procura construir.

Métodos tradicionais centralizam na figura do professor. Busca-se, entretanto, com a educação permanente, permitir a participação de um facilitador, em vez do professor centralizador do saber. O facilitador conduz o processo de ensino-aprendizagem de uma forma horizontalizada com os alunos, onde todos aprendem juntos, com compartilhamento mútuo dos conhecimentos preexistentes, constituindo uma formação participativa. A condução pedagógica do facilitador promove uma interação positiva dos sujeitos envolvidos e surtindo reflexões sobre a prática.

Para implementar uma educação que propicie mudanças, também é preciso ter algumas virtudes. Freire (2006) salienta algumas, entre elas o respeito, tanto aos saberes como à autonomia dos sujeitos. Respeitar o saber das pessoas reflete o valor que o educador oferece à realidade dos educandos.

Pode-se perceber que muitos enfermeiros acolhem bem todas as metodologias utilizadas, consideram positivas as metodologias tradicionais porque tiram dúvidas são esclarecedoras e conseguem repassar o que aprenderam para os demais da equipe.

Eu acho bacana porque aprendo, e consigo levar para a minha rotina. Até agora as que eu já presenciei foram boas, deu para tirar dúvidas, e esclarecer algumas coisas. Enf. (01).

A maioria foi mais mesmo aulas, através de slides, passando para a gente sobre determinado assunto (Enf.11)

Percebe-se que a pedagogia da transmissão, conhecida também como educação bancária, ainda é valorizada pelos profissionais. Fundamenta-se na transmissão de conhecimentos e saberes do professor para o aluno, colocando o aprendiz na condição de receptor de informações, numa via de comunicação unilateral. Centralizada no professor, a transmissão de um grande número de conteúdos torna-se de enorme relevância, no qual o compromisso do ensino é com a transmissão da cultura e a modelagem comportamental dos alunos, valorizando o trabalho individual, a atenção, a concentração, o esforço e a disciplina, como garantias para a apreensão do conhecimento. (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007; NEVES; DAMIANI, 2006).

4.5 Propondo novas metodologias para a EPS

Em contrapartida ao item anterior foi identificada em muitos discursos certa crítica ao se falar de aula tradicional, deixam um entendimento de que só a transmissão

de conhecimento caracteriza algo angustiante, deixando lacunas nesses encontros. Apontam a importância para mudanças de metodologias expositivas para metodologias participativas, que tragam a reflexão e a problematização como estudos de casos, que reflitam a realidade de seus territórios:

A metodologia influencia muito. Gosto de trabalhar com práticas, em grupos, seminário, oficinas, que o enfermeiro não seja um mero expectador. (Enf. 08).

Constata-se que a forma pedagógica centrada no facilitador, retratando uma educação bancária, não dá conta da demanda educacional de que o serviço precisa. O serviço constitui-se como um celeiro de conhecimentos, ensejando aprendizado que foi pouco vivenciado durante a formação acadêmica.

Como um processo educacional dinâmico e reflexivo, a metodologia participativa edifica o conhecimento de forma interativa e problematizadora, desse modo, promovendo mais efetividade na aplicação dos conteúdos. O método expositivo, no entanto, visto como tradicional, baseia-se na transferência de conhecimentos, o aprendiz como ouvinte, desconsiderando o contexto social. Nesse sentido, a questão metodológica é categórica nos resultados dos cursos, e os profissionais percebem a necessidade de maior dinamismo nos processos formativos do que a mera exposição de conteúdo, identificadas como exaustivas e improdutivas (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: RUMO À CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA COLETIVA

No que se refere à percepção dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) constata-se que estes compreendem a EPS como um processo de atualizações, novos conhecimentos e aprendizagem permanente, processo de formação contínuo. Constata-se que as práticas de Educação Continuada (EC) são entendidas como Educação Permanente.

Apesar da distinção entre as terminologias Educação Permanente em Saúde, Continuada e em Serviço, todas têm caráter de continuidade do processo formativo, porém se fundamentam em diferentes princípios metodológicos. A EPS, além da capacitação técnica é também um compromisso pessoal a ser conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. Parte da aprendizagem significativa para os sujeitos sociais envolvidos se colocam em posição ativa de propor e reordenar as práticas.

Quando analisada as transformações das práticas dos enfermeiros a partir da Educação Permanente em Saúde verifica-se que houve mudanças importantes nas práticas dos sujeitos, e que estas aconteceram no decorrer de suas vivências na Estratégia

Saúde da Família. Consideram como transformação o conhecimento técnico científico, o crescimento pessoal e profissional, as mudanças pessoais, como a forma de se relacionarem com os outros, com a comunidade e equipe de trabalho.

Analisando este contexto entende-se que a ESF é um cenário de aprendizado constante e que leva os que nela atuam a necessidade de mudar. Percebe-se que existem dois pontos que se convergem: o conhecimento para o aprimoramento e aquisição de habilidades técnicas tão bem desenvolvidas através dos princípios da Educação Continuada, e as mudanças pessoais que levam os sujeitos a se perceberem transformados, com novas atitudes, atribuindo isso a sua vivência na ESF. Isso leva a compreender que a Educação Permanente em Saúde pode estar no cotidiano de trabalho, na troca com o outro, nas relações, e acontece naturalmente.

No que se refere aos fatores que interferem na EPS constatou-se que existem fragilidades e potencialidades. São consideradas fragilidades a ausência da Educação Permanente Saúde nos locais de trabalho, como vivências e práticas específicas da enfermagem; Falta do planejamento participativo; Fragilidade na sistematização; Pouca organização das atividades; Desarticulação com os serviços; Temáticas que trazem pouco significado, para o processo de trabalho; Necessidade de uma Educação Permanente voltada para abordagens, atitudes frente a situações complexas, como o caso de abandono ou não adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas e outras vulnerabilidades sociais.

Este contexto exige algumas leituras como: o entendimento que existe ausência de EPS nos serviços é um fato que para os participantes, esta só acontece se tiver um conteúdo a ser discutido, uma prática a ser vivenciada, alguém que facilite como um “professor”. Para eles a EPS precisa ter sistematização e organização das temáticas, espaços e número de participantes adequados, que possam participar do planejamento, que estas temáticas sejam significativas e partam das necessidades dos serviços. Chama também atenção o desejo dos enfermeiros em estarem mais aptos a desenvolver abordagens frente a situações complexas, que não fazem parte do “catálogo” de temáticas da Educação Permanente em Saúde.

Esta situação leva a entender que existe uma complementariedade das diferentes concepções: temática, professor, sistematização, espaço, número de profissionais, com participação ativa, aprendizagem significativa, mudanças de atitudes. São fatores que se complementam e pode-se perceber neles a Educação Permanente em Saúde, Continuada e em serviço.

Na análise das potencialidades, os enfermeiros consideram a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) como uma referência para os processos formativos. Não poderia ser diferente, uma vez que esta Instituição vem desenvolvendo com zelo a EPS do município de Sobral desde a implantação da ESF. Contudo vale lembrar que mudanças, ressignificações, são necessárias a novos contextos que vão se apresentando através da realidade social.

Quanto aos aspectos referentes às abordagens metodológicas, foram identificados elementos que podem contribuir na forma destas serem concebidas. A interação com o facilitador, construção de vínculo e confiança faz a diferença nos processos de EPS.

Alguns facilitadores da EPS utilizam a metodologia da transmissão de conhecimentos de forma mecânica, sem interagir com o grupo, levando estes profissionais ao desinteresse e desmotivação. No entanto faz-se um questionamento será que estes facilitadores passam por processos de Educação Permanente em Saúde? Estão preparados para trabalhar com metodologias ativas? O saber técnico existe, mas a forma de compreender a EPS como além da transmissão de conhecimentos está sendo considerada? São outras questões que a pesquisa não responde.

As metodologias expositivas e participativas são ferramentas importantes no processo ensino-aprendizagem quando utilizadas concomitantemente, dispondo de materiais, recursos e estratégias para realização de atividades, na construção de momentos de reflexão-ação-reflexão. Essa variedade de estratégias metodológicas possibilita um amplo campo de desenvolvimento educacional.

Portanto, para se efetivar uma Política de EPS, são necessárias estratégias políticas, técnicas e pedagógicas. A avaliação do processo é de enorme importância para se consolidar novas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BALBINO, A. C. *et al.* Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>> Acessado em 13 de jan, 2014.

BRUM, L. M. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, Set. 2009.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, Set./Out. 2004.

DAVINI, M. C. **Práticas laborais en los servicios de salud: las condiciones Del aprendizaje.** In: Educação permanente de personal de salud. Serie Desarrollo de recursos humanos, n.100. Organización Panamericana de la salud. EUA, 1994.

FREIRE, P. **Importância do ato de ler: em três artigos que se completam.** .47. Ed. São Paulo (SP): Autores Associados: Cortez, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. Tradução: Eloá Jacobina.

NEVES, R. A.; DAMIANI, M. F. **Vygotsky e as teorias da aprendizagem.** Unirevista. v. 1, n. 2, abr. 2006.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Instituto de Saúde Coletiva. Secretaria Executiva da Rede Ida-Brasil. Universidade Federal da Bahia. 2005.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.9, n.2, p.389-401, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2014

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v. 11, n. 2, p. 318-24, jun. 2007

SOUSA, F. L. *et al.* A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral-CE, **SA-NARE**, v 7, n. 2, p. 14-22, jul./dez. 2008.

Novas estratégias tecnológicas para a avaliação do ensino-aprendizagem

Marcoeli Silva de Moura

Maria Hellen Sâmia Fortes Brito

Hayra Corrêa Lima Albuquerque

Anaide Mary Barbosa Santos

José Ivo dos Santos Pedrosa

I INTRODUÇÃO

A avaliação é uma atividade permanente e constituinte do processo de ensino-aprendizagem. Permite o acompanhamento do mesmo, tornando visíveis avanços e dificuldades para promover ações no sentido de redimensionar o ato educativo. Assim, deve ser entendida como um meio para verificação dos níveis de assimilação da aprendizagem, da formação de atitudes e do desenvolvimento de habilidades que se expressam por meio da aquisição de competências. Nesse sentido, assume um caráter diagnosticador, formativo e somativo. Essas três formas de avaliação estão intimamente vinculadas para garantir a eficiência do sistema de avaliação e a efetividade do processo ensino-aprendizagem, eliminando assim o caráter excludente do processo avaliativo.

Dois importantes elementos se fazem presentes atualmente nos processos de formação na área da saúde, a primeira é a ênfase na avaliação como um instrumento que agrega qualidade nos processos de formação, promove a motivação para a aprendizagem e direciona para o que aprender. A segunda é o movimento voltado para a educação com base em resultados, os quais, por sua vez, definem os objetivos de aprendizagem e a construção de matrizes curriculares (SHUMWAY e HARDEN, 2003).

Tamanha importância leva a se considerar que o ato de avaliar implica em dois processos articulados e indissociáveis: diagnosticar e decidir, portanto, os instrumentos de avaliação da aprendizagem, devem ser adequados para coletar os dados necessários para se configurar o estado de aprendizagem do estudante (LUCKESI, 2000).

Em uma perspectiva mais ampla avaliar a aprendizagem encontra justificativa mediante o direito da sociedade de conhecer que tipo de profissional está sendo formado para resolver seus problemas do modo mais acertado no momento adequado. E, as universidades têm a obrigação de demonstrar para sociedade como e porque cada competência esperada como resultado da aprendizagem é considerada necessária para o desempenho de boas práticas de saúde.

Os esforços de se aprimorar mecanismos e aumentar a confiabilidade e validade dos instrumentos de avaliação se mostram necessários diante da exigência de profissionais para responder às necessidades contemporâneas da sociedade, cujo processo de formação deve resultar da conexão com o sistema de atenção e organização dos serviços, considerando a população como coprodutora e direcionadora das necessidades e demandas de ambos os sistemas.

Desde o final do século passado, movimentos de reformas nos sistemas de saúde passaram a induzir modificações nos cursos de formação de profissionais de saúde, introduzindo disciplinas de outros campos do conhecimento, principalmente da área de humanidades, tais como sociologia e antropologia da saúde, integração ensino e serviço, e metodologias problematizadoras, orientando para um modelo de ensino construtivista, libertador e emancipatório (HABERMAS, 2003). O aluno, futuro profissional da saúde é sujeito de sua aprendizagem e adquire a competência de um profissional reflexivo que toma a prática como suporte para reflexão, que desencadeará em uma nova ação, sempre voltada para a integralidade do paciente e novas formas de intervenção. A formação profissional, neste caso, constitui-se em práxis, uma vez que a teoria e prática estão conectadas ininterruptamente.

Esse modelo, além de tomar como referência a busca de diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia, se fundamenta também no desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, à gestão setorial e ao controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Trata-se de uma formação voltada em si, pela formação integral do profissional, baseada também em valores humanísticos, na comunicação dialógica, que favorece a compreensão do outro (FREIRE, 1996).

No Brasil, desde 2001, encontra-se em vigência as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Saúde (BRASIL, 2002). Essas diretrizes emergem a partir de necessidades apontadas e emanadas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996 (CFE, 1982). As DCN devem fundamentar o planejamento do curso de graduação, desencadeando mudanças na formação de profissionais da saúde. Esse movimento tem disparado reflexão sobre as propostas formativas que envolvem conceituação, modelos, desafios, posturas e olhares teórico-metodológicos do processo de ensino-aprendizagem. Tal proposta está tendo impacto sobre a organização dos currículos de graduação de muitas universidades brasileiras e, conseqüentemente, no modo como se integra e se processa a avaliação na aprendizagem no contexto de cursos orientados pelas DCN.

A imagem objetivo contida na proposição de mudança nos currículos é a formação de um profissional generalista e humanista, com capacidade crítica, reflexiva, para atuar em todos os níveis da atenção, compreendendo o contexto social, cultural e econômico da população, pautando sua atuação na transformação da realidade em benefício da sociedade (FORTE et al., 2012).

Neste capítulo descrevem-se duas experiências de formação de profissionais de saúde que sofreram influências da institucionalização das DCN no desenvolvimento de suas práticas pedagógicas, evidenciando a necessidade de novos processos e métodos de avaliação da aprendizagem. As experiências acontecem no cenário do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI) do Campus Ministro Petrônio Portela, em Teresina e do Curso de Graduação em Medicina da UFPI no Campus de Parnaíba. Experiências distintas no espaço, no tempo (implantação do novo currículo de Odontologia ocorreu em março de 2007 e o curso de medicina iniciou suas atividades em setembro de 2014) e nos momentos institucionais. Não são experiências nas quais se faz comparações identificando as divergências ou convergências, mas são experiências que levam ao fortalecimento do pensamento que novos modos de ensinar pressupõem a permanente construção de novos modos de avaliar.

2 A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPI - CAMPUS DE TERESINA

O Curso de Graduação em Odontologia teve suas DCN específicas aprovadas em 2002, nas quais se define um perfil profissional que contempla uma nova prática, que pode ser realizada para ultrapassar os limites do consultório odontológico. A intenção é que haja uma integração da profissão com outras áreas da saúde e o rompimento da dicotomia preventivo-curativa, público-privada e da valorização precoce da superespecialização que tem caracterizado o exercício da profissão (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais estipulam que 20% da carga horária plena do curso devem se caracterizar como estágio supervisionado. Em seu artigo sétimo as DCN garantem o desenvolvimento do estágio supervisionado de forma articulada, com complexidade crescente ao longo do processo de formação do cirurgião-dentista e com supervisão docente. As atividades extramuros devem ser vistas como componentes importantes de qualquer currículo contemporâneo de Odontologia (AYERS et al., 2003). Assim como a importância da estratégia de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração à realidade social, às políticas sociais e ao Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a contextualização da aprendizagem, a problematização, o desenvolvimento de habilidades de negociação para decisões coletivas e para a participação como base da cidadania (MOYSÉS et al., 2003).

O curso de Odontologia da UFPI foi contemplado com o edital do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, lançado em 2005,

a partir daí programou sua nova matriz curricular, envolvendo a comunidade universitária e teve como maior incentivo a constatação de que o modelo formador então vigente era dissociado da realidade local, pois não orientava os graduandos para uma prática profissional socialmente comprometida com as reais necessidades epidemiológico-demográficas coletivas e tinha um currículo constituído de disciplinas que formavam um profissional elitizado, com tendência à especialização precoce (MENDES et al., 2006).

O PRÓ-SAÚDE permitiu uma reorganização das práticas de ensino e de orientação na formação do cirurgião-dentista egresso da UFPI. As ações do projeto envolveram todos os discentes do curso de Odontologia e 35 equipes de Saúde da Família do município de Teresina, que recebem os alunos nas atividades supervisionadas extramuros (SOUSA-NÉTTO et al., 2013).

No currículo atual, o estudante de odontologia participa de atividades extramurais a partir do 4º semestre, quando esse passa a acompanhar, entender e, sobretudo assimilar o cotidiano do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A partir desse contato direto conhece a realidade de vida da população. Ainda no campo das inovações vinculadas ao Pró-Saúde, o curso de odontologia da UFPI avançou ao inserir o discente nos serviços públicos de saúde no 7º e 8º períodos, e implantou algo que provavelmente foi a maior das alterações em relação ao passado recente do curso: a construção do estágio do nono semestre, em que o aluno permanece quatro semanas, integral e intensivamente, em uma ou duas equipes de Saúde da Família do município (SOUSA-NÉTTO et al., 2013).

Outra estratégia inovadora no campo da formação em saúde bucal na UFPI fomentada pelo PRÓ-SAÚDE foi o lançamento da clínica extramuros de especialidades odontológicas, gerenciada mediante parceria entre o curso de Odontologia da UFPI e a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, em que os acadêmicos trabalham em sistema de duplas de plantão e são realizados atendimentos especializados no que denominamos de Clínica de Atenção Básica Ampliada, nas áreas de cirurgia, dentística, endodontia, odontopediatria, periodontia e prótese, sendo os alunos acompanhados por professores do curso de Odontologia. Essas atividades extramurais representam 220 horas das 780 horas de estágio supervisionado (SOUSA-NÉTTO et al., 2013).

Durante o período de cada estágio, os docentes realizam supervisão das atividades e em alguns momentos durante o semestre reúnem-se de forma presencial no campus. Ao final do semestre os alunos são convocados para uma apresentação por meio de relato de experiência. A proposta da avaliação é que se realize uma análise, de forma contínua, que permita a cada discente envolvido o diagnóstico da situação, levando ao planejamento e reorientação do processo de construção das vivências. Em função da adoção das metodologias ativas como condutoras do processo de ensino-aprendizagem, a avaliação foi repensada, possibilitando encontrar alternativas para a construção de dados e análises da prática pedagógica. Deveria ser uma avaliação que superasse as formas tradicionais e, ao mesmo tempo, colocasse a inserção dos estudantes nes-

se processo como sujeito autônomo. Para isso foram propostas algumas estratégias de avaliação dos alunos de odontologia da UFPI como: Diário de campo; Construção do mapa do território; Construção de Portfólio; Construção de Blog; Uso do Instagram; Confeção de vídeos; e também formas livres de apresentação.

2.1 Diário de campo

Os alunos de odontologia da UFPI que realizam práticas extramuros preenchem um relatório diário de experiência, no qual descrevem as atividades desenvolvidas e vivências no estágio. Esse instrumento é assinado pelo cirurgião-dentista preceptor e pelo professor orientador, caso coincida com a supervisão de campo. No relatório também consta um momento de auto-avaliação a ser preenchido pelo discente. Sugere-se que ao final das atividades seja feita uma reflexão sobre o “que aprendeu naquele dia” e o que, diante das dificuldades enfrentadas “precisa aprender”. Esses relatórios servem de subsídio para elaboração de outras estratégias envolvidas no processo de avaliação ensino-aprendizagem, e devem ser entregues ao final da disciplina.

2.2 Construção do mapa do território

A primeira vivência do discente de Odontologia no estágio extramuros consiste em conhecer a realidade da população adstrita. Ele acompanha o cotidiano do Agente Comunitário de Saúde durante as visitas domiciliares. Durante o período, a dupla constrói um mapa do território de abrangência da equipe, que mostre as potencialidades, as vulnerabilidades e os desafios enfrentados pela comunidade. Sugere-se que seja acrescentada ao mapa a história sucinta do bairro onde a unidade está localizada, especialmente no tocante a fatores que possam ter influência sobre a saúde da comunidade, lembrando que é um território vivo. Registre-se os equipamentos sociais existentes no território da equipe (creches, escolas, centros comunitários, associações de moradores etc.). A descrição dos principais problemas de saúde (conceito ampliado de saúde) enfrentados pela comunidade e o acompanhamento de duas situações de risco social e/ou sanitário ao longo do semestre também deve ser contemplada. Os discentes também são desafiados a investigar se há alguma noção de Redes de Atenção à Saúde (Bucal) dos trabalhadores da unidade acompanhada e como esta se operacionaliza.

2.3 Portfólio

O portfólio é um espaço de coleção de registros do aprendizado dessa trajetória em um dado momento (SILVA e TANJI, 2008). Ele é entendido aqui como instrumento de organização do eixo de trabalho pedagógico, de acompanhamento e de avaliação constantes das vivências e do processo de ensino-aprendizagem (VILLAS BOAS, 2005).

Os relatórios diários dão subsídio à confecção de um portfólio a ser apresentado ao final da disciplina. O portfólio consiste de um álbum seriado no qual cada página representa a vivência de um dia na Estratégia Saúde da Família (ESF), ilustrado por fotografias, depoimentos, relatos de casos etc. aliado à teoria discutida intramuros em semestres anteriores. Dessa forma, e nesse cenário de novas abordagens dos conhecimentos, com base no perfil do egresso, competência, habilidades e atitudes, o portfólio surge como metodológica de avaliação e acompanhamento dos estudantes.

2.4 Construção de blog

A ideia do blog surgiu a partir da modernização do portfólio. Com o Blog as fotografias, depoimentos, relatos de casos e vivências passaram a ser realizados pela internet. Os alunos devem alimentar o seu blog toda semana e são avaliados pelo conteúdo e dedicação ao mesmo semanalmente e ao final do período.

2.4.1 Instagram

O aplicativo para smartphones “Instagram” tornou ainda mais fácil e dinâmico o compartilhamento de experiências. Tal dispositivo foi desenvolvido para se compartilhar imagens que falassem por si. Ele foi adotado nas disciplinas de saúde coletiva pela facilidade e rapidez no acesso. Os discentes são desafiados a cada semana postarem fotografias ilustrativas sobre os princípios de funcionamento da Atenção Primária em Saúde, marcadas com sua respectiva # Ex: #Acolhimento, #Primeiro contato etc. Essas postagens são acompanhadas de breve embasamento teórico, resgatando-se aspectos discutidos em semestres anteriores.

2.4.2 Vídeo

Outra estratégia de avaliação é por meio da confecção de vídeos de curta duração, em geral com 8 a 10 minutos. Nessas produções os discentes colocam suas impressões e análises sobre a atividade extramuros na ESF. São orientados a conhecer e interagir com toda a equipe: enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos, agentes comunitários de saúde etc., além do cirurgião-dentista que estão os supervisionando diretamente. Para realizar esse objetivo, diversas estratégias e tentativas são realizadas ao longo do semestre. O vídeo deve expressar todas essas vivências. Nele cabem desde entrevistas com os profissionais, depoimentos de usuários, desenvolvimento de atividades tanto educativas como de assistência à saúde, até mesmo impressões artísticas. A cada semestre observa-se uma melhoria significativa na qualidade dos vídeos.

Esses instrumentos de reflexões das vivências são elaborados por meio da construção pessoal e profissional dos discentes. Dessa forma, o educando tem autonomia

o tempo todo para se expressar pelas diversas linguagens, como: narrativas, figuras, fotos e outras formas quaisquer de expressão, tendo a motivação e a vocação como pontos de partida. Nesse caminho, o estudante vai se descobrindo, apoiado nas vivências, nos valores trazidos e no auxílio dos docentes (BORDENAVE e PEREIRA, 2005)

3 A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA UFPI - CAMPUS DE PARNAÍBA

O Curso de Medicina no Campus de Parnaíba integra o Programa Mais Médico para o Brasil do qual faz parte a Política de Expansão das Escolas Médicas ofertando cursos em áreas estratégicas. Organiza-se, portanto, de acordo com as recomendações legais contidas nas DCN-Medicina 2014, na Lei 12871/2013. Em seu processo de implantação um dispositivo fundamental tem sido o Documento para Acompanhamento de Escolas de Medicina (DAEM) elaborado pela Comissão de Avaliação da Expansão das Escolas Médicas do Ministério da Educação. Tal documento apresenta quatro dimensões nas quais o Curso é avaliado e monitorado por meio de indicadores que definem níveis de aproximação a uma definida imagem objetivo e, dessa forma, possibilita indicar qual o estágio alcançado e o que é necessário fortalecer. As dimensões abordadas são: recursos financeiros e humanos, infraestrutura, projeto pedagógico, relação ensino/serviço.

Em termos de carga horária, o Curso se caracteriza por

Módulos teórico-práticos	
Módulo integrador:	
• Seminário de Introdução ao Curso	3.720h ou 248 créditos
• Atividades Complementares	150h ou 10 créditos
• TCC	60h ou 4 créditos
• Optativas	120h ou 8 créditos
• Estágio Obrigatório (Internato)	3.600h ou 240 créditos
TOTAL	7.650 horas

Na avaliação do estudante cujo currículo é orientado por competência profissional, deve ser verificado o desempenho esperado para cada módulo educacional. O docente deve avaliar como o estudante mobiliza articuladamente os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos desenvolvidos nas atividades de ensino-aprendizagem, em situações reais ou simuladas do mundo do trabalho. As DCN exigem que dentro de seu âmbito profissional os graduandos de medicina devem desenvolver competências rela-

tivas: à Atenção à saúde (individual e coletiva), à Tomada de decisões, à Comunicação, à Administração e ao Gerenciamento e Educação Permanente.

Elemento indispensável tanto na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) quanto na problematização, a avaliação do estudante deve se constituir como um meio adequado para compatibilizar a responsabilidade institucional de certificar a qualificação de seus graduados com a necessária liberdade que deve ser assegurada aos estudantes, na ABP e na problematização, para selecionar os aspectos ou tópicos relacionados às questões que ele se propõe a estudar. Nesta perspectiva, a proposta é que a avaliação seja formativa.

Compreendida como fonte de regulação do processo ensino aprendizagem, a avaliação formativa permite a intervenção do professor e o redirecionamento da aprendizagem em curso. Ela deve informar ao professor e ao estudante sobre o desenvolvimento da aprendizagem no decorrer das atividades escolares, permitindo a localização das fragilidades e possibilitando sua correção e recuperação. Desta maneira, a avaliação formativa influi na progressão do estudante para etapas subsequentes, pois permite que o mesmo receba a prescrição do professor e recupere o conhecimento necessário ao desenvolvimento de suas competências. A competência é inferida por meio da observação do desempenho em cada uma das tarefas propostas, organizadas e desenvolvidas em um grau crescente de domínio e autonomia ao longo do curso.

Os dois eixos transversais do Curso - Atenção Primária à Saúde e Habilidades Médicas – sintetizam em ato as competências, habilidades e atitudes construídas de modo integrado nos módulos sequenciais. Para os objetivos deste texto toma-se o Eixo Atenção Primária em Saúde como parâmetro avaliador de desempenho, conforme quadro abaixo.

Quadro 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO COM INDIVÍDUOS E COLETIVOS SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. CURSO DE MEDICINA/UFPI/CMRV		
Desempenho	Tarefas	Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa
Identifica as necessidades de saúde	Inquérito populacional/ investigação epidemiológica	Coleta dados primários (por amostra) e utiliza dados secundários para análise e priorização das necessidades coletivas de saúde, incluindo as necessidades de educação em saúde. Na coleta de dados primários, estabelece uma relação ética, respeitosa e cooperativa com o entrevistado, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo.

Formula e processa o problema	Diagnóstico Situacional	Utiliza as ferramentas do planejamento estratégico situacional para explicar o problema, identifica nós críticos e elabora alternativas de intervenção sobre o(s) problema(s) selecionado(s), considerando-se o contexto e as distintas explicações dos atores envolvidos. Aplica o diagnóstico da situação dos serviços de saúde e sua organização
Elabora, executa e avalia o plano de intervenção	Plano de intervenção	Elabora e executa ações, considerando a organização do sistema em redes de atenção e cuidado, critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias) e vulnerabilidade do plano, com avaliação contínua, prestação de contas e ajuste do plano, conforme as condições do contexto.
Organiza e elabora o trabalho em saúde junto à equipe na rede de serviços	Operacionalização do Plano na Rede de Serviços	Participa da gestão do processo de trabalho de modo a produzir bens/serviços necessários à saúde da população, compreendendo a equipe constituída de sujeitos com autonomia/liberdade e compromisso/responsabilidade na tomada de decisão.
Planeja o processo de trabalho junto à equipe	Plano de Intervenção	Princípios éticos, envolvendo recursos e respeitando aspectos legais.
Avalia o trabalho em saúde	Sistematização das informações em saúde	Avalia criticamente o processo, produto e resultados das ações desenvolvidas, utilizando indicadores de qualidade do serviço de saúde do qual participa para a tomada de decisão; Propõe ações de melhoria; faz e recebe críticas respeitosamente.

A sistematização e formalização do processo de avaliação do estudante devem ser realizadas por meio de instrumentos e registros que possibilitam a observação e a análise do desempenho de cada estudante nas atividades desenvolvidas e no processo de ensino-aprendizagem.

Estes instrumentos são construídos para cada processo de aprendizagem realizada nos domínios cognitivos, psico-motor e afetivo (subjetivo) com o Núcleo Docente Estruturante do Curso tendo como referência a avaliação das competências requeridas inferidas por meio do desenvolvimento das habilidades necessárias ao cumprimento

das tarefas no âmbito individual, coletivo e dos serviços de saúde. Considera-se que o desempenho do estudante quando da realização de suas tarefas permite sua avaliação na dimensão individual e no trabalho em equipe/grupo.

Para Trocon (1996) a definição de quais metodologias e instrumentos a serem utilizados na avaliação da aprendizagem depende muito do tipo e dos objetivos da avaliação. Dentre as avaliações do tipo formativa um dos aspectos que ultimamente tem se mostrado altamente relevante é o feedback, isto é, a resposta imediata, o retorno dado ao avaliado favorecendo sua motivação e orientando a busca do que estudar.

Um bom feedback deve ser feito de modo a ajudar o estudante a desenvolver a capacidade da escuta crítica, receber as informações de modo construtivo e apreciativo, refletir sobre suas fragilidades e fortalezas e ter como resultado do processo de feedback subsídios para atuar diante da realidade. Aspectos técnicos de como dar e receber feedback após sessões de aprendizagem têm sido discutido extensivamente contribuindo para o desenvolvimento de diversas ferramentas (HENDERSON et al., 2005).

Mais recentemente tem sido preconizado o desenvolvimento de avaliações globais ou avaliação de 360 graus, para avaliar aprendizagem nos cursos da área da saúde. Trata-se de avaliação que permite, ao mesmo tempo, avaliar os três domínios esperados: cognitivo, psico-motor (habilidades) e afetivo (atitudes). Consiste na aplicação de instrumentos por vários avaliadores dentro da mesma esfera de influência tais como professores, pares, subordinados, técnicos, familiares e pacientes (ACGME/ABMS, 2000).

A necessidade de avaliações globais mais integradas que se aproximem do desempenho esperado na realização de determinadas tarefas tem contribuído para que a avaliação da aprendizagem possa ocorrer de várias formas e em diversos cenários como avaliação do conhecimento, avaliação em ambiente simulado, avaliação em local de trabalho, avaliação de procedimentos e avaliação em grupos.

Para cada tipo de avaliação existe uma variedade de instrumentos e técnicas como por exemplo o Mini-CEX (Mini Clinical Examination), no qual se observa a consulta de um estudante com um paciente real e se avalia a tomada da história, exame físico, planejamento do manejo e orientação do paciente. São observações curtas de aproximadamente 15 minutos, com feedback imediatamente após a avaliação.

4 AS EXPERIÊNCIAS E AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

A avaliação do processo ensino-aprendizagem é uma atividade inerente à docência e às Instituições de Ensino, além de ser uma prática pedagógica útil e indispensável no âmbito educacional, sendo definida a priori como uma leitura positiva da realidade (CHARLOT, 2000).

No reconhecimento das tendências pedagógicas que direcionam o processo de ensino-aprendizagem, a influência do método tradicional de ensino, centrado no professor e nos conteúdos, ainda é fortemente verificada no cotidiano daqueles que se propõem a ser educadores na área da saúde (MARIN et al., 2009) e acabam por influenciar a conduta do profissional no serviço. O antigo modelo pedagógico era centralizado na figura do professor, por consequência, a interferência criativa e crítica dos alunos, e até mesmo dos professores, era limitada (FREITAS et al., 2009).

Vários estudos apontam o portfólio reflexivo (metodologia-ativa) como instrumento de avaliação que supera as formas tradicionais e, ao mesmo tempo, insere o estudante no processo ensino aprendizagem como sujeito autônomo e co-responsável pela aprendizagem (FREITAS et al., 2009; NORTE et al., 2014; FROTA et al., 2011; FORTE et al., 2012). Ele é compreendido pelos docentes em dois eixos: reflexão e avaliação formativa das atividades dos estudantes, transformando muitas vezes o invisível em visível, expresso em diferentes linguagens, facilitador da reconstrução e (re)elaboração de ideias, conceitos e valores, resgatando impressões e percepções e registrando a ampliação individual do que foi vivenciado em grupo (FORTE et al., 2012).

A experiência do Curso de Odontologia UFPI em Teresina aponta para as possibilidades de utilização de várias ferramentas de avaliação e comunicação de fácil acesso e leitura. A utilização de portfólios por grupos da comunidade pode ajudar a evidenciar o crescimento conceitual do grupo e o grau de empoderamento à medida que as informações passam a orientar novos conhecimentos e resgatar novas práticas. As estratégias tecnológicas como a construção do blog, Instagram ou mesmo a produção de um vídeo se tornam dispositivos inovadores que facilitam a confecção de um portfólio digital e atualizado, e mantém de forma constante e on-line o contato entre professor-aluno. Percebe-se então que a avaliação do processo ensino-aprendizagem vem se adaptando ao longo do tempo de acordo com as mudanças e necessidades das novas diretrizes curriculares, no qual os alunos estão em maior contato com a sociedade; e hoje preza a participação de professores e alunos na construção crítica, ativa e criativa desse processo.

O curso de Medicina da UFPI em Parnaíba já iniciou suas atividades utilizando em toda sua estrutura curricular as metodologias ativas de aprendizagem, com prioridade para a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e utilizando distintas formas de avaliação formativa integrantes do processo ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- AYERS, C.S et al. A comparison of private and public dental students' perceptions of extramural programming. **Journal of Dental Education**, v.4, p. 412-417, 2003.
- BORDENAVE, J.D; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes; 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Educação, Resolução n. 04/82. **Diário Oficial da União. 1982.**

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v.1, p. 10, 2002.

CHARLOT, B.J.J. **Da relação com o saber:** elementos para uma teoria. Porto Alegre, Artmed, 2000.

ESTADOS UNIDOS. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), **Joint Initiative Toolbox of Assessment Methods Version 1.1**, September 2000.

FORTE, F.D.S; VIEIRA, L.B; PESSOA T.R.R.F; FREITAS C.H.S.M; FERREIRA M.L.S.M. Portfólio: Desafio de Portar mais que Folhas: a Visão do Docente de Odontologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.25-32, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, R.B.C. et al. Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **RFO-UPF**. Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 163-167, Maio/Agosto 2009.

FROTA, M.M.A.et al. O portfólio como estratégia facilitadora do processo de ensino-aprendizagem para a formação em odontologia. Adequação de metodologias de ensino utilizando o ambiente virtual de aprendizagem. **Rev. ABENO**. Londrina, v.11, n.1, Jun. 2011.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo.** Tradução Guido A. de Almeida. Rio DE Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.

HENDERSON, P; ANNE, C; FERGUSON-SMITH; MARTIN, H. J. **Developing essential professional skills:** a framework for teaching and learning about feedback **BMC Medical Education**, v.5, p.11, 2005.

LUCKESI, C. C. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? **Pátio**, Porto Alegre, n. 12, p. 6-11, 2000.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, Mar. 2010.

MENDES, R.F; MOURA, M.S; LAGES, G.P; PRADO JUNIOR, R.R; MOURA, L.F.A.D; GONÇALVES, M.P.R. Contribuição do Estágio Supervisionado da UFPI para a formação humanística, social e integrada. **Revista da ABENO**, v.6,n.1,p.61-65,2006.

MOYSÉS, S.T. et al. Humanizando a educação em odontologia. **Revista da ABENO**, v.3,n.1,p.58-64, 2003.

NORTE, A.E.O. et al. Percepção dos acadêmicos do curso de odontologia sobre o uso do portfólio como método avaliativo. **Rev. Odontol.** UNESP. São Paulo, v. 43, n. especial, 2014.

SHUMWAY, J.M; HARDEN, R.M. The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. **AMEE Guide**, v. 25, n. 6 , p.569-584, 2003.

SILVA, C.M.S.M.D; TANJI, S. o portfólio reflexivo: pareceres dos estudantes de enfermagem. **Rev. Iberoamericana de educación.** 2008; v.46,n.6, p.1-10, 2008.

SOUSA-NÉTTO, O.B; MOURA, M.S; LIMA, M.D.M; LAGES, G.P; MENDES, R.F; MOURA, L.F.A.D. O Pró-Saúde no curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): Relato de uma vivência de cinco anos. **CiencCuidSaude**, v.12,n.2,p.391-397, 2013.

TROCON, L.E.A. Avaliação do estudante de medicina. In: **Simpósio Ensino Médico de Graduação**, 29., Ribeirão Preto, 1996.

VILLAS BOAS, B.M.F. O portfólio no curso de pedagogia: ampliando o diálogo entre professor e aluno. **RevEducSoc**, v.26,n.90,p.291-306, 2005.



Parte II
Educação em saúde



Saberes e práticas de mulheres idosas sobre a prevenção do câncer do colo do útero

*Alexandre Bezerra Silva
Aline Tomaz de Carvalho
Maise Paulino Rodrigues
Andreza Karine A. M. Pereira*

I INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um campo fértil e privilegiado para a efetivação de práticas de educação em saúde orientadas pelo diálogo entre o saber científico e o saber popular, uma vez que profissionais e indivíduos/família se inter-relacionam permitindo não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas (DEMÔ, 2005).

Nessa direção a APS é um espaço promissor para o desenvolvimento de uma educação em saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social, possibilitando a concretização da produção social da saúde por meio da troca de saberes e experiências entre a comunidade e os profissionais (CARVALHO, 2009).

Com base nesses pressupostos, a educação em saúde, se desenvolvida de forma efetiva, constitui-se em estratégia essencial para o controle e a prevenção do câncer do colo do útero (CCU) no seio das Unidades Básicas de Saúde.

O CCU é considerado um problema de saúde pública, mediante sua elevada prevalência e morbimortalidade (CORRÊA; WILZA, 2008). No Brasil, estima-se que o CCU seja o terceiro tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama (PICCOLI; CASARIN, 2011).

Na América Latina, o CCU ocupa o segundo lugar no ranking de neoplasias malignas, mais comum entre

as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano, implicando em uma das taxas de incidência mais altas do mundo (ZAPPONI, 2010).

Após 60 anos, as mulheres que tiveram acesso regular à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, apresentam risco diminuído para o desenvolvimento do câncer cervical, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento, após os 60 anos, deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento caso, os últimos exames, tenham apresentado resultados normais (BRASIL, 2010).

Para as mulheres com mais de 65 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011).

Nessa direção, no âmbito da Atenção Básica de Saúde, as ações frente ao câncer do colo do útero visam ao acompanhamento da mulher durante toda a sua existência, por meio das ações de prevenção, consultas ginecológicas e encaminhamento para níveis de maior complexidade da assistência, em casos diagnosticados, e até o tratamento paliativo, quando necessário (BRASIL, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a efetividade das ações de saúde na Atenção Básica, que têm como foco a atenção integral à saúde da mulher, em especial, o controle do câncer do colo uterino, se revestem de fundamental importância no campo da saúde pública.

Entretanto, as medidas de prevenção do CCU ainda se apresentam de forma relativamente frágeis, por diversos fatores, entre eles pode-se citar a desorganização dos serviços de saúde; a baixa qualidade da assistência; a pouca valorização das ações de educação em saúde, por parte dos profissionais, entre outros (MENDONÇA, 2011).

Nesse sentido, partindo do pressuposto de que a educação em saúde apresenta-se como uma ferramenta efetiva para a emancipação dos sujeitos sociais, evidencia-se a necessidade de se conhecer os saberes e práticas de mulheres sobre a prevenção do CCU. A educação em saúde configura-se como um conjunto de práticas sociais do setor saúde em que profissionais e usuários podem debater questões orientados pelos seus saberes, valores e crenças, possibilitando a construção de conhecimentos e a reflexão frente a situações complexas (VASCONCELOS, 2010). Dessa forma, pode ser capaz de despertar a autonomia dos usuários, aumentando a capacidade técnica e política dos indivíduos e a coletividade no reconhecimento, análise e enfrentamento de seus problemas de vida e saúde, subsidiando assim, a tomada de decisão e o controle social. Vista dessa forma a educação em saúde é capaz de disparar a cogestão e o controle social do sistema de saúde (CARVALHO, 2004).

Entretanto, ao analisar o arcabouço teórico/prático da educação em saúde, pode-se perceber que nem sempre essa prática é capaz de despertar a criticidade e a reflexão

dos sujeitos, sendo utilizada, hegemonicamente, para perpetuar a subordinação das classes menos favorecidas ao poder científico e político dos profissionais do campo da saúde (MOUTINHO et al., 2014). Tal prática, denominada de educação em saúde tradicional, prioriza a transmissão de informações para a população, apostando que esta assimile e as reproduza. Constitui-se como uma prática prescritiva e normativa, ao estabelecer uma relação linear entre o saber instituído e o comportamento a ser adotado pelo indivíduo, sendo praticada de forma verticalizada e unidirecional. Nesse sentido, propõe normatizar os comportamentos e a vida dos indivíduos, repassando e inculcando nestes, as informações de saúde a serem adotadas para a aquisição de hábitos saudáveis de vida, caracterizando-se, dessa forma, como um instrumento de dominação e de afirmação do saber científico (ALBUQUERQUE; STOTZ 2004).

Assim, a educação em saúde, a depender de quem e como a pratique, tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas, quanto pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que a envolvem.

A prevenção do CCU tem um custo relativamente baixo quando comparado aos seus benefícios, não sendo imprescindível a utilização de altas tecnologias para a sua prevenção e controle.

Entretanto, para que isso ocorra é fundamental que haja responsabilização por parte dos profissionais de saúde, isto é, que efetivem o vínculo e o cuidado, além de processos educativos que promovam o empoderamento das mulheres para que estas possam tornar-se corresponsáveis na detecção precoce do câncer cérvico-uterino, participando, também, dos processos decisórios. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais assumam a postura de educador e formador de uma consciência sanitária junto aos usuários da Atenção Básica de Saúde (SOARES; MEINCKE, 2010).

Diante do exposto, este estudo partiu dos seguintes questionamentos: quais os saberes e práticas que as mulheres de 60 anos ou mais, que frequentam a Unidade Básica de Saúde do Centro do município de Assú/RN, possuem a respeito da prevenção do câncer do colo uterino? Essas mulheres participam de alguma atividade educativa sobre essa temática?

Nessa perspectiva, buscou-se analisar os saberes e práticas de mulheres idosas, acerca da prevenção do câncer do colo do útero.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório de natureza qualitativa à medida que trabalha com a dimensão subjetiva e simbólica das interações sociais, na constituição das redes de sociabilidade, com foco no processo de vida cotidiana dos sujeitos. As pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema, propondo torná-lo mais explícito (GIL, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Assú, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Norte, na microrregião do Vale do Assú, mesorregião do Oeste Potiguar e no Polo Costa Branca, a 207 km da capital do estado, Natal. Possui uma população estimada em 2014 de 56.829 habitantes e com uma área territorial de 1.303,442 km² (BRASIL, 2014).

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por dez mulheres com idade acima de 60 anos, adstritas à Unidade Básica de Saúde do Centro de Assú. Inicialmente, a amostra foi composta por 15 mulheres, entretanto, durante a fase de coleta do material, cinco mulheres desistiram de participar da pesquisa, por vários motivos pessoais. Os critérios de inclusão foram: apresentar idade de 60 anos ou mais, ter realizado o exame de Papanicolau há mais de três anos ou que nunca haviam realizado tal exame.

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidos os preceitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer nº 660.902. Todos os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a preservação do anonimato das mulheres atribuiu-se codinomes representados por pedras preciosas.

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de janeiro de 2015, e fez-se a opção por utilizar a entrevista semiestruturada individual, conforme orientações de Triviños (2012), que apontou que melhores resultados em pesquisas qualitativas são alcançados quando se realizam, inicialmente, entrevistas individuais que podem ser complementadas posteriormente por meio de outros instrumentos.

A entrevista é considerada, entre todas as técnicas de interrogação, a que apresenta maior flexibilidade. É uma oportunidade de o entrevistador ser capaz de registrar as reações do entrevistado às perguntas que são feitas (MINAYO, 1994). As entrevistas foram agendadas de forma antecipada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que, posteriormente, acompanharam o pesquisador durante as entrevistas nos domicílios.

O instrumento de pesquisa foi estruturado em duas partes: Parte 1- Identificação das idosas com as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e Parte 2- Questões relacionadas ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, sendo duas questões objetivas e três discursivas, todas elas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Utilizou-se a técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Minayo (1994), visando acessar valores, crenças, motivações e atitudes com vistas a desvendar o que está subjacente aos conteúdos manifestos, procurando ir além daquilo que é dito, colocando em evidência as contradições.

Esse método é constituído por três fases, em que na primeira fase foi direcionado o desenvolvimento das ideias iniciais através da leitura flutuante do material produzido. A partir dessa leitura, foram extraídos os termos que têm significância em relação ao

tema estudado. Em seguida, esses termos foram organizados em categorias (iniciais, emergentes e significativas). Por fim, essas categorias foram agrupadas e codificadas, consolidando os resultados do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características gerais da população estudada, observou-se que 70% das mulheres são viúvas, 20% são solteiras e 10% casadas. No tocante a faixa etária 40% apresentam idade entre 63 e 66 anos, 30% estão entre 72 e 79 anos de idade e mais de 30% se encontram na faixa etária entre 80 e 88 anos.

Apresentar idade avançada e não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas) encontra-se entre os fatores que estão associados a não realização do exame contra o câncer do colo do útero (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012).

Nessa direção, é fundamental que os serviços de saúde orientem sobre a importância da realização do exame de prevenção contra o CCU, já que a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por esse tipo de neoplasia na população de risco. Esta estratégia deve ser estendida a mulheres de idade avançada, pois o pico da faixa de risco é 64 anos, e a partir daí sua incidência apenas decresce, embora não desapareça (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012).

No grupo de mulheres analisadas foi possível verificar que 50% possuía renda familiar de um salário mínimo, 30% recebiam dois salários mínimos e 20% delas referiu receber mais de dois salários mínimos. Quanto ao nível de escolaridade, 30% não são alfabetizadas, 20% sabem ler e escrever, 20% tiveram até quatro anos de estudo e 30% apresentavam entre cinco e sete anos de estudo.

O estudo de Thuler et al (2012) revelou que a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores que contribuem para a não realização do exame contra o câncer cérvico-uterino.

Do material capturado e analisado emergiram três categorias: 1) **a procura pelo exame Papanicolau**; 2) **a prevenção do câncer cérvico-uterino: o olhar das mulheres**; 3) **o diálogo profissional X paciente antes do exame**.

A partir da segunda categoria (**a prevenção do câncer cérvico-uterino: o olhar das mulheres**), foram codificadas duas subcategorias: **(a) a importância do exame Papanicolau** e **(b) a recusa ao exame**.

Categoria 1 - A procura pelo exame Papanicolau

Quando as idosas foram questionadas a respeito da periodicidade com que se submetem ao exame cérvico-vaginal, as respostas variaram entre três e dez anos para a realização do exame Papanicolau. As respostas, de um modo geral, estavam associa-

das “a descuido”, “a não sentir incômodo/alteração/dor”, “a nervosismo”, como pode ser observado a seguir:

Já vai fazer mais de três anos. Porque descuido mesmo. Mas agora todo ano vou fazer (Safira).

Há mais de três anos. Porque fiquei nervosa de fazer, por isso nunca mais repeti (Esmeralda).

Raramente. Agora mesmo em fevereiro vai fazer três anos. Descuido e não tenho tempo. Mas é um dever de todas nós mulheres se cuidar (Rubi).

Há mais de três anos. Porque não requisitavam (Pérola).

Há mais de três anos. Porque houve descuido, mas tenho tempo. Às vezes eu vou e as pessoas não marcam (Ametista).

Já faz mais de dez anos que eu fiz. Não sinto nada e aí não fiz mais (Zircônia).

Nunca realizei porque eu nunca senti nada nas partes de baixo. Não sinto corrimento, não sinto nada (Turmalina).

Sim, já realizei. Você sabe que eu nem sei quando eu fiz esse exame (Topázio).

Não fiz porque nunca tem facilidade de fazer (Ágata).

Já fiz há mais de três anos, porque eu nunca mais procurei (Ônix).

Como se observa, as mulheres investigadas não realizam com periodicidade o exame contra o câncer cérvico-uterino por motivos variados, seja pela falta de cuidado pessoal, seja pelo medo de se submeter ao exame e ainda por não verificarem/sentirem nenhuma anormalidade aparente. Tais comportamentos provavelmente se deva à falta de uma consciência crítica sobre a importância de detecção da lesão de forma precoce. Isso faz sugerir, também, que a ação educativa junto a esse público não vem sendo realizada de maneira efetiva, ou se realizada não vem surtindo efeitos positivos, isto é, de responsabilização e mudança de comportamento em relação à prevenção do CCU.

O CCU apresenta um bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente. A detecção precoce do câncer do colo do útero faz parte das ações de Atenção Secundária, cuja principal estratégia é o rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino. Entretanto, a efetividade desse programa está relacionada com taxas de coberturas maiores que 80%. Avalia-se que essa cobertura possa diminuir em aproximadamente 50% a mortalidade por câncer cervical (PICCOLI; CASARIN, 2011).

Faz-se importante destacar o impacto epidemiológico do câncer no Brasil e a sua magnitude social. Dessa forma, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e os custos cada vez mais elevados devido aos desdobramentos

que levam a utilização da alta complexidade demonstram a necessidade de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta uma atenção integral a essa população (BRASIL, 2006).

Portanto, é imperioso que as Unidades de Saúde da Família desenvolvam ações de promoção e educação em saúde, por meio da busca ativa com vistas a contemplar as mulheres que não realizam o exame de prevenção contra o CCU há mais de três anos, aquelas que nunca o fizeram e as que têm diagnóstico de lesões pré-malignas ou malignas objetivando o acompanhamento e rastreamento adequado.

Categoria 2 - A prevenção do câncer cérvico-uterino: o olhar das mulheres

Esta categoria foi composta por duas subcategorias: “**a importância do exame Papanicolau**” e “**a recusa ao exame**”.

Quando foram indagadas sobre a importância de se realizar o exame contra o câncer cérvico-uterino, a maioria das idosas sentiram dificuldades em expressar a sua compreensão. Nesse sentido, foram emitidas frases curtas e uma evocação bastante econômica, senão vejamos:

2.1 - A importância do exame Papanicolau

Eu creio que é para evitar, para saber se tem doença (Esmeralda).

A importância é que venha sobreviver sem essa doença (Rubi).

É importante fazer o exame (Pérola).

É uma prevenção, é contra o câncer para a pessoa viver bem com saúde (Ametista).

É uma doença muito perigosa, é muito perigosa (Zircônia).

Eu acho que é muito importante para quem quer. Não sei (Turmalina).

Também eu não sei. Eu não sei ler (Topázio).

É importante, mas eu nunca fiz (Ágata).

Pra saber se tem câncer (Ônix).

O bem da saúde (Safira).

Observa-se o pouco conhecimento das mulheres frente à detecção precoce do câncer do colo do útero. Dessa forma faz-se necessário intensificar a ferramenta educação em saúde de forma adequada, por meio de metodologias ativas, visando instigar e estimular as mulheres nessa faixa etária à detecção precoce desse tipo de câncer.

Compreende-se que a prática educativa ensejada pelos profissionais da Atenção Básica, deve oportunizar que os usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser

sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador da humanidade. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo, devem na realidade educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2011).

Para a abordagem sobre a temática da prevenção do câncer do colo do útero, poderia ser utilizada a metodologia dos Círculos de Cultura de Paulo Freire, que visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação.

O Círculo de Cultura pressupõe a constituição de um grupo de trabalho, para um pensar coletivo, em equipe, com a presença de um animador dos debates gerados a partir de temas, possibilitando que todos ensinem e aprendam, concomitantemente. A maior potencialidade desse grupo é o envolvimento dos participantes por meio do diálogo em todos os momentos da atividade - único método de estudo nos círculos.

O Círculo de Cultura, como é delineado pelos princípios de Paulo Freire, consiste em três momentos: investigação temática - o animador busca no universo vocabular dos participantes as palavras e os temas centrais de sua biografia; tematização - os participantes codificam e decodificam esses temas, ou seja, buscam seu significado social; e problematização - os participantes podem desenvolver uma visão crítica a fim de transformar o contexto vivido (SANTOS et al., 2014).

Os mesmos autores comentam que esses três momentos são desenvolvidos para a produção da chamada mandala temática, que consiste em organizar os momentos do círculo em um papel. Essa etapa produz uma teia de conhecimento síntese sobre os significados construídos em cada participante. Conclui-se com uma etapa de avaliação - reflexão sobre o encontro do dia. Os demais encontros do grupo seguirão as etapas posteriores do método de Paulo Freire, que são: sensibilização, expressão, síntese e avaliação.

Nessa linha de pensamento, defendemos que a educação deva tomar por base uma concepção libertadora, o que pressupõe compreender as pessoas como seres detentores de saberes e práticas e não como recipientes “vazios” a quem o mundo “preenche” de conteúdos (FREIRE, 1987).

A educação é um componente da assistência que pode capacitar o ser humano favorecendo a sua autonomia para conquistar melhores condições de vida (WALL, 2001). Nesse sentido, vale ressaltar que a maioria das ações educativas é realizada esporadicamente, sendo caracterizadas pela transmissão de conhecimento formal, sob uma ótica informativa e distante, tornando-se de pouco valor ou impacto social (WALL, 2001).

De modo geral, as práticas educativas tendem a ser pouco valorizadas em detrimento do atendimento à demanda e a produções de ações. Já os serviços de saúde tendem a utilizar a vertente de educação bancária como prioritária, não de modo in-

tencional, mas como um hábito, de modo pré-reflexivo, ainda que os discursos sejam em torno de temas como transformação ou educação popular (DAVID; SILVA, 2012).

Ao analisar o arcabouço teórico/prático da educação em saúde, pode-se perceber que nem sempre esta prática é capaz de despertar a criticidade e a reflexão dos sujeitos, sendo utilizadas, hegemonicamente, para perpetuar a subordinação das classes menos favorecidas ao poder científico e político dos profissionais do campo da saúde (MOUTINHO et al., 2014). Assim, a educação em saúde, a depender de quem e como a pratique, tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas, quanto pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que as envolvem.

A educação em saúde, orientada pelas concepções teóricas da educação popular, efetiva-se “não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde” (ALVES, 2005, p. 48). O diálogo entre o saber popular e o saber científico, a valorização da comunicação, da informação e da educação, induzem a produção de sujeitos com potencial para promover saúde. Vasconcelos (2010) afirma que a educação em saúde aponta para uma perspectiva de promoção da saúde muito mais radical do que a busca da mudança de comportamentos de risco da população e implantação de ações de saúde pública.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família - ESF apresenta-se enquanto espaço fértil e promissor para o desenvolvimento de uma educação em saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social. Carvalho (2009) destaca a importância da educação em saúde dentro da ESF, uma vez que esta possibilita a concretização de um de seus objetivos que é a produção social da saúde, efetivada a partir de uma prática educativa que possibilite a troca de saberes e experiências entre a comunidade e os profissionais.

A educação em saúde, realizada sob a orientação desses pressupostos, permite não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, em que usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, cada um com sua contribuição, a fim de que se tenha a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas (DEMO, 2005).

Starfield (2002) comenta que em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial de Saúde - OMS adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde - conhecida como Carta de Lubiana. Tal carta propõe que os sistemas de atenção à saúde devam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrada nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a

relação custo efetividade por meio de financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e direcionado para a Atenção Primária.

Assim, os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família possuem papel fundamental no que toca a prevenção do câncer do colo do útero ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da Atenção Primária (VALE et al., 2010).

Diante do exposto, observa-se que a alta mortalidade por câncer do colo do útero pode ser um indicativo de falhas no diagnóstico precoce de displasias, decorrentes de diversos fatores: dificuldade de acesso ao programa de prevenção ao câncer cérvico-uterino, pouca ou nenhuma oferta dessas ações nas Unidades Básicas de Saúde, a não utilização do serviço pela população por questões subjetivas diversas, inadequação das ações de educação em saúde, entre outras (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Algumas mulheres quando abordadas sobre o motivo de não procurar os serviços para a realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino relataram sentir vergonha de expor sua intimidade e o fato de não apresentar qualquer tipo de desconforto ou anormalidade.

2.2 - A recusa ao exame

É só descuido mesmo, não está sentindo nada (Safira).

Medo de fazer, pois já faz muito tempo que fiz (Esmeralda).

Eu não sei, às vezes porque não gostam, porque não acreditam (Rubi).

Se acomodam, têm medo de fazer o exame (Pérola).

Eu acho que às vezes é vergonha, diz que doi. Acha que não deve fazer porque já está com idade, não vai ter esse problema, não menstrua mais, eu acho que é isso aí (Ametista).

Eu acho que muitas têm vergonha (Zircônia).

Não sei (Turmalina)

Porque tem vergonha de fazer. Não sente nada (Topázio).

Sei lá, acho que tem vergonha (Ágata).

Os discursos deixam clara a necessidade de se investir em práticas educativas direcionadas à problemática do câncer do colo do útero. Tais práticas ainda são bastante pontuais e não fazem parte da rotina das unidades de Saúde da Família, principalmente para o público em tela. Pode-se sugerir que a ausência dessas ações deva-se ao fato dessas mulheres não apresentarem vida sexualmente ativa, não havendo, portanto, necessidade de abordagem do tema.

Em consonância com o Sistema Único de Saúde - SUS e tomando por base o Pacto pela Saúde 2006, torna-se imprescindível que profissionais de saúde desenvolvam ações de prevenção e educação em saúde de forma dialógica junto às mulheres com vistas à redução da mortalidade por câncer de colo uterino (REIS, 2013).

Categoria 3- O diálogo profissional X paciente antes do exame

Quando perguntadas se durante a realização do exame de prevenção contra o câncer cérvico-uterino o profissional dialogava a respeito da importância do exame, relataram haver uma explicação por parte do profissional assistente. Entretanto, os discursos foram bastante sucintos, sendo possível intuir a timidez do encontro profissional-paciente, contribuindo para que as mulheres idosas permaneçam com um conhecimento incipiente e pouco significativo no tocante a prevenção do câncer do colo do útero.

Explica toda vida (Safira).

Não explica... Eu fui fazer porque estava doente. Eu fui fazer a consulta com ele, mas no momento não me explicou (Esmeralda).

Explica sim, a pessoa que é casada que tem relação sexual não precisa usar pomada, mas quem não tem, tem que usar a pomada antes de fazer o exame (Rubi).

Sim (Pérola).

Sim, explica sim. Todos os que eu fiz me explicaram: que é uma prevenção contra as doenças, contra o câncer (Ametista).

Explicava (Zircônia).

Me lembro não (Turmalina).

Explicou (Topázio).

Os profissionais que realizam o exame para prevenir o câncer de colo de útero precisam continuar investindo no cuidado preventivo, com vistas a ampliar o número de mulheres que cuidam de sua saúde. Nessa direção, uma estratégia que pode ser adotada por esses profissionais é a orientação cotidiana, ou seja, em todas as ocasiões de encontro, seja em atividade educativa programada, em consulta de rotina ou em visita domiciliar. Esse compromisso deve ser assumido por todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (CORRÊA; WILZA, 2008).

Ressalta-se a importância das equipes que compõem a Atenção Básica em saúde incluir, no bojo das suas atividades educativas, as mulheres no climatério, com vistas a reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero nessa população (SILVA, et al., 2008).

Apesar de haver prevenção para o câncer do colo do útero, quando diagnosticado precocemente, existe um contingente significativo de mulheres que ainda desenvolvem

este tipo de câncer e morrem pelo fato de desconhecerem a finalidade do exame de prevenção para esta patologia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pretendeu analisar os saberes e as práticas de mulheres idosas, identificando seus conhecimentos em relação à prevenção do câncer do colo do útero.

Percebeu-se que a maioria das mulheres realiza o exame de forma esporádica e desconhece a magnitude dessa doença, portanto, não atribui a importância necessária à realização do exame de prevenção, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Observou-se, também, que as práticas educativas, de cunho coletivo, contra o câncer do colo cérvico-uterino não fazem parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde vinculados à Unidade Básica de Saúde em foco. Compreende-se, entretanto, que a educação em saúde deva fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, devendo ser de responsabilidade de toda a equipe da ESF.

Faz-se necessário que a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde seja mais resolutiva no que concerne à detecção precoce e ao rastreamento do câncer do colo do útero, tendo em vista os elevados índices desse tipo de câncer, o que revela a fragilidade desse nível de Atenção frente a esse importante problema de saúde pública.

Esses achados apontam para a necessidade de ressignificação das práticas de saúde, por parte dos profissionais, no que toca a prevenção do câncer do colo do útero, sugerindo um olhar holístico sobre a mulher idosa.

Os resultados aqui apresentados podem instigar reflexões a respeito das práticas educativas em saúde. Sabe-se das limitações deste estudo, tendo em vista o reduzido número de mulheres entrevistadas, sendo necessários outros estudos que possam dar seguimento e aprofundar as investigações acerca da temática em foco.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALVES, Sampaio Vânia. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240020&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 20/06/2015.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO)**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, P. M. G. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família**. 2009. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Piauí, Teresina, 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte; WILZA, Vieira Viellela. O controle do câncer do colo de útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 8, n.4, p. 491-497, 2008.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Educação Popular e saúde e a enfermagem na Atenção Básica. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Carmem Elizabeth; OLIVEIRA, Adriano; FERREIRA, Darlisom Sousa Ferreira (organizadores). Programa de Atualização em Enfermagem: **Atenção Primária e saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2012.

DEMO, Pedro. **A educação do futuro e o futuro da educação**. 2. ed. Campinas: Coleção Educação Contemporânea. 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação e Mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo útero em área urbana no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p.1312-1322, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAEDA, Tamie de Carvalho; ALVES, Ana Paula; SILVA, Sueli Riul da. Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de Papanicolau. **Ciência Cuid Saúde**, v. 11, n. 2, p. 360-367, 2012.

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz et al. Prevenção do câncer de colo uterino. Adesão de enfermeiros e usuárias da Atenção Primária. **Revista Rene**, v.12 n.2, p. 261-70, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.

PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar; CASARIN, Micheli Renata. Educação em saúde para prevenção do câncer do colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3925 -3932, 2011.

REIS, Tatiana Carvalho et al. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**, v.31, n. 2, p. 219-23, 2013.

THULER, Luiz Claudio Santos; BERGMANN, Anke; CASADO, Letícia. Perfil dos pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOARES, Marilu Correa; MEINCKE, Sonia Maria Konzgen. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Revista Enfermagem**, v.14, n. 1, p. 90-96, 2010.

SANTOS, Antonio Luiz Parladin dos et al. Educação em Saúde, tecnologias leves e círculos de cultura: dispositivos para o agir educativo na atenção primária à saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem. KALINOWSKI, Carmem Elizabeth; CROZETA, Karla; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa (organizadores). Programa de Atualização em Enfermagem: **Atenção Primária e saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Art-med/ Panamericana, 2014.

SANTOS, Marianna Silva dos; NERY, Ines Sampaio. Saberes e Práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 465-71, 2011.

SILVA, Silvio Éder Dias et al. Representações Sociais de Mulheres Amazônidas sobre o exame de Papanicolau: Implicações para a saúde da mulher. **Rev. Enferm**, v.12, n.4, p. 685-92, 2008.

VALE; Diana Brada Andrade Peixoto et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p.383-390, 2010.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ZAPPONI, Ana Luiza; MELO, Enirtes Caetano Prates. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo Regiões Brasileiras. **Revista Enfermagem**, v.18, n. .4, p. 628-31, 2010.

WALL, Marilene Loewen. **Tecnologias educativas**: subsidios para a assistência de enfermagem em grupos. Goiânia: AB, 2001.



Fatores associados à automedicação entre usuários de unidades da estratégia saúde da família

*Francisco Pereira Júnior Feitosa
Maria Irismar de Almeida
Estelita Pereira Lima
Maria Darcylene de Souza Feitosa
Ana Paula Soares Gondim*

I INTRODUÇÃO

Neste capítulo, trabalhamos os fatores associados à automedicação dos usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Barbalha - CE, numa perspectiva da promoção da saúde. Essa estratégia surgiu com intuito de reorientar o modelo de atenção centrado na doença para um modelo com ênfase, sobretudo, em ações de proteção e Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

Dentro da Promoção da Saúde, destaca-se a Educação em Saúde. Esse meio exprimi-se como estratégia que busca unir o conhecimento popular e técnico com vistas a intercambiar saberes e, ao mesmo tempo, promover a autonomia dos usuários através do empoderamento. Por sua vez, empoderar os usuários, significa habilitá-los para uma maior consciência crítica e autocuidado. O importante é promover habilidades, conhecimentos, atitudes e autoconhecimento que possibilitem melhor enfrentamento do processo saúde-doença (FEST; ANDERSON, 1995).

Corroborando, Souza e Jacobina (2009) referem que a Educação em Saúde é compreendida como a transformação de saberes. Significa conceder autonomia aos usuários não mais pela imposição dos conhecimentos técnico-científicos, mas conduzi-los à compreensão do processo saúde-doença. Sugere-se, portanto, que a Educação em Saúde realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) possa impactar ações de saúde que conduzam ao uso racional dos medicamentos, em particular da automedicação.

Prescrever-se um medicamento, sem orientação de um profissional é uma forma de autocuidado que visa à manutenção da saúde, prevenção ou tratamento de

enfermidades/sintomas, porém de forma equivocada (AQUINO et al., 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) a recomenda como um meio de desonerar o sistema público de saúde, desde que seja acompanhada por orientação adequada ao consumidor (CRF-SP, 2009). Caso contrário, a prática representa uma condição de risco, tanto quanto ou mais perigosa que a ausência de tratamento.

O fenômeno da automedicação está associado a familiaridade, experiências, crenças, ao simbolismo que os usuários têm sobre o medicamento, assim como à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inclusive aos de assistência farmacêutica (OLIVEIRA et al., 2012).

A automedicação pode ser configurada ainda de várias maneiras: adquirir o medicamento sem a prescrição, utilizar fármacos de forma compartilhada, utilizar sobras de prescrições anteriores e ainda interromper ou prolongar o uso, desconsiderando as recomendações contidas na prescrição (VILARINO et al., 1998).

O uso de medicamentos sem prescrição se tornou algo comumente praticado pela população brasileira (TELLES FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013). Além disso, a falta de informações da população acerca dos medicamentos está entre os fatores que aumentam a automedicação e está impossibilitando o uso racional dos medicamentos.

No Brasil, há um paradoxo em relação ao uso de medicamentos. Por um lado, há dificuldade no acesso e, de outra parte, há o consumo irracional estimulado pela automedicação e pelo equívoco de tratar medicamento como mercadoria, isenta de risco (CRF-SP, 2014).

Oliveira et al. (2012) explicam que propagandas induzindo o uso indiscriminado de medicamentos, em atendimento aos interesses do mercado, incentivam a prática da automedicação. Os mesmos autores referem ainda que essas propagandas não esclarecem aos usuários sobre os riscos potenciais por trás desse uso.

Nos registros do Sistema Nacional de Informações, Tóxico Farmacológicas (SINITOX), os medicamentos representam 28,5% das causas de intoxicação e ocupam o primeiro lugar na lista. A automedicação contribui com 3,4% desses casos (SINITOX, 2014).

Com base no que foi exposto sobre automedicação, o objetivo do estudo é identificar os fatores associados à automedicação entre usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Barbalha - CE, para que ações de Educação em Saúde possam ser planejadas, visando à redução destes riscos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com uma amostra estratificada aleatória de 381 usuários das 22 equipes das Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Barbalha, CE no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. A amostra foi

calculada considerando uma população de 42.587 usuários, acima de 18 anos; efeito do desenho igual a 1; proporção do evento na população, estimada em 50% e precisão de 5%. A seleção dos participantes foi feita em dias aleatórios e ocorreu com aqueles usuários que estavam em atendimento nas unidades da ESF e que havia ou não utilizado medicamento nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista.

Os participantes tinham idade superior a 18 anos, sendo 81% do sexo feminino. Os critérios de inclusão adotados foram: usuários com idade acima de 18 anos e que estivessem em atendimento nas ESF's. Os critérios de exclusão foram: usuários com idade inferior a 18 anos e que não fossem residentes das áreas de abrangência das ESF's.

A variável dependente do estudo foi a ocorrência da automedicação nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista, e as variáveis independentes foram: condições socioeconômicas (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar mensal) e condições de saúde (autoavaliação da saúde e internações hospitalares).

Para analisar a autoavaliação da saúde procedeu-se a seguinte pergunta: “de uma maneira geral, como você considera sua saúde, nos últimos quatro meses?”. A resposta poderia ser preenchida em um dos campos: muito boa, boa, razoável, ruim, muito ruim. Com relação às internações hospitalares foi indagado: “houve internações hospitalares nos últimos 12 meses? Se sim, quantas vezes foi internado?”

A coleta de dados foi realizada através de questionário semiestruturado, o qual foi utilizado para orientar as entrevistas e possibilitar a tabulação dos dados. Na primeira parte do instrumento, havia informações sobre a identificação dos usuários relacionados às condições socioeconômicas e condições de saúde. Na segunda parte, constavam informações sobre a utilização dos fármacos por automedicação (medicamentos utilizados nos últimos 15 dias, estado mórbido sofrido, aquisição de orientação, responsáveis pela indicação). As informações contidas no questionário foram utilizadas para verificar se houve associação entre as condições socioeconômicas e a automedicação e as condições de saúde e a automedicação.

Para a montagem do banco de dados, procedeu-se à análise estatística com o auxílio dos programas Epi-info 7 (CDC, 2014) e BioEstat 5 (AYRES et al., 2007), que permitiu identificar os fatores associados à automedicação através dos testes Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), G e T, considerando um nível de significância de 0,05. Para esses testes, o número de usuários que referiram não lembrarem se haviam realizado automedicação nos últimos 15 dias foram desconsiderados.

A pesquisa cumpriu os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (protocolo nº 441.476). A autorização para a aplicação dos questionários ocorreu através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes do estudo, após apresentação e esclarecimento da pesquisa.

3 RESULTADOS

De 381 usuários, cerca de 40% revelaram que se automedicavam. A prática predominou no sexo masculino, com uma diferença de aproximadamente 4%. A idade do grupo variou de 20 a 89 anos (média de 40 anos \pm 16), sendo que a maioria dos que se automedicavam, encontrava-se na faixa etária menor que 60 anos. Foram referidos diferentes níveis de escolaridade (analfabeto a superior), diversas ocupações, incluindo a área da saúde, e a maior parte dedica-se ao lar. Os participantes, na grande maioria, eram casados e percebiam uma renda modal de R\$ 678,00, valor correspondente a um salário mínimo no período de realização da pesquisa.

A Tabela 1 apresenta a relação de dependência entre as características pessoais e a automedicação. Os testes estatísticos realizados indicam que a diferença observada, na proporção de automedicação entre homens e mulheres, não era estatisticamente significativa ($p=0,586$). Já a comparação entre as médias das idades evidenciou que a prática de se automedicar varia com essa característica ($p=0,023$).

Tabela 1 - Relação de dependência entre características socioeconômicas e automedicação.

Características Pessoais	Automedicação		p-valor (teste)
	Sim (147)	Não (231)	
Gênero			0,586 (X ²)
Masculino	31	42	
Feminino	116	188	
Escolaridade			0,637 (G)
Analfabeto	8	23	
Ens.Fund.Completo	20	30	
Ens.Fund.Incompleto	58	93	
Ens.Méd.Completo	34	44	
Ens.Méd.Incompleto	9	19	
Ens.Sup.Completo	10	12	
Ens.Sup.Incompleto	8	10	

Estado civil			0,436 (G)
Casado	92	142	
Separado	19	20	
Solteiro	30	55	
Viúvo	6	14	
Ocupação			0,443 (G)
Aposentado	21	48	
Do lar	54	82	
Comercial	13	14	
Educação	9	15	
Indústria	9	15	
Saúde	9	20	
Outra	32	36	
Idade (anos)			0,023 (T)
Média	40,5306	44,4113	
Variância	239,6754	266,9301	
Renda (R\$)			0,284 (T)
Média	1.182,9932	1.085,3896	
Variância	840.089,0060	679.033,2211	

Na Tabela 2 encontram-se os fatores potencialmente associadas à automedicação. Percebe-se que a autoavaliação do estado de saúde dos usuários influencia a automedicação ($p=0,018$), mas a ocorrência de internações recentes não interfere nesse processo ($p=932$).

A automedicação revelou-se dependente do estado mórbido sofrido pelos usuários. Trata-se de morbidades recorrentes na população e, com exceção de diarreia e infecção urinária, todas as morbidades estavam associadas à automedicação como algias ($p=0,000$), gripe/resfriado ($p=0,000$), infecções das vias aéreas superiores ($p=0,000$) e infecção intestinal ($p=0,029$). A razão de automedicação entre usuários que relataram tais queixas foi superior a 2 ($RP>2$) e a 3, quando se tratava de cefaleia ($RP=3,7$).

Os medicamentos adotados pelos usuários foram quatro antimicrobianos e dois anti-inflamatórios. Com exceção da azitromicina, trimetropim e sulfametaxazol, os outros estavam significativamente associados, quais sejam: amoxicilina ($p=0,000$) e cefalexina ($p=0,003$). Observou-se uma prevalência de automedicação acima de 2x no grupo

de usuários destes medicamentos em relação aos não usuários (RP>2), elevando para quase 3x quando se trata de ibuprofeno.

A prática de se automedicar é independente da aquisição de orientação ($p=0,422$). Entretanto, depende do informante. Se for o médico, vizinho/parentes/amigos, ou ainda dependente de seus conhecimentos prévios, a prevalência de automedicação é $\geq 3x$ em relação ao grupo que não referiu a esses informantes.

Tabela 2- Relação de dependência entre características clínico-farmacológicas e automedicação.

Características clínico-farmacológicas	Razão de prevalência (RP)	*p-valor
Autoavaliação do estado de saúde	--	0,018
Internações hospitalares	1,016	0,932
Estado mórbido sofrido		
Gripe/resfriado	2,686	0,000
Diarréia	1,550	0,329
Infecção intestinal	2,604	0,029
Amigdalite	2,750	0,000
Lombalgia	2,711	0,000
Cefaléia	3,287	0,000
Medicamento de escolha		
Amoxicilina	2,673	0,000
Trimetropim e sulfametaxozol	2,582	0,819
Cefalexina	2,650	0,003
Azitromicina	2,593	0,075
Diclofenaco	2,763	0,000
Ibuprofeno	2,833	0,000
Aquisição de orientação	1,012	0,422
Médico	3,383	0,000
Dentista	2,593	0,075
Enfermeiro	2,582	0,209
Balconista/Farmacêutico	2,750	0,000
Vizinho/amigo/parente	3,044	0,000
Meios de comunicação	2,626	0,004
O próprio	3,062	0,000

* A associação entre as variáveis independentes e a automedicação foi avaliada através do teste χ^2 , com exceção da autoavaliação do estado de saúde, cujo teste usado foi o G.

4 DISCUSSÃO

A automedicação no Brasil é variável, dependendo das características da população investigada. Entre usuários da ESF de um município paranaense, observou-se uma prevalência de 24,9% e 29%, em moradores de Minas Gerais (VOSGERAU et al., 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002). Em Barbalha, 40% dos usuários procediam a automedicação, uma parcela elevada, a qual devem ser dispensadas intervenções que reduzam essa proporção, visto que há uma cobertura de 100% de equipes de ESF.

No intuito de identificar os fatores que influenciam a automedicação, as características pessoais como gênero, escolaridade, estado civil, ocupação e renda, não interferiram na prática de automedicação. Os preditores identificados sugerem que a automedicação faz parte de um processo originado da autoavaliação do estado de saúde do usuário e estado mórbido.

O resultado da autoavaliação da saúde e o estado mórbido que incomodam os usuários, determinam a escolha dos fármacos de uso amplamente disseminado na comunidade, tanto por profissionais de saúde como por populares, além de meios de comunicação. Esses fatores contribuem para a automedicação. Os achados deste estudo corroboram as observações de outros autores que apontaram que usuários que autoavaliaram seu estado de saúde como sendo ruim, também praticaram a automedicação significativamente (LOYOLA FILHO et al., 2002; ARRAIS et al., 2005; ARRAIS, 2009).

O fato de se perceber fragilizado por uma enfermidade ou um sintoma que aponte para algum desequilíbrio na saúde leva o usuário a solucionar de modo imediatista esse processo, recorrendo à automedicação. É preciso, pois, que o profissional que atua na ESF considere aspectos relacionados às crenças, cultura e à subjetividade na abordagem ao usuário. Logo, não é possível desenvolver ações de saúde, destacando apenas a perspectiva das doenças e seu tratamento de modo verticalizado e prescritivo, em que os usuários apenas recebem um tratamento, prescrição e conduta de maneira passiva.

No referido estudo, evidenciou-se a automedicação de antimicrobianos e antiinflamatórios. A amoxicilina e a cefalexina foram os antimicrobianos mais usados por automedicação. Em decorrência de sua familiaridade, emprego, disponibilidade e baixo preço, esses fármacos são amplamente utilizados, tanto no sistema público quanto privado. O estudo de Tavares, Bertholdi e Baisch (2008) converge com este experimento com destaque para a amoxicilina como a mais utilizada. A não observância do modo de administração dos antimicrobianos pode provocar a resistência bacteriana, e que,

em face de suas graves consequências, seguramente é um problema de saúde pública mundial (WHO, 2006).

Dentre os medicamentos mais usados por automedicação, que não eram do grupo dos antimicrobianos, destacaram-se os antiinflamatórios ibuprofeno e diclofenaco. Esses fármacos tiveram seu uso, sobretudo, para algias e cefaleias.

Corroborando, Silva et al. (2011) referem que a automedicação pode mascarar afecções menos graves e quando se tratar de antimicrobianos, desenvolver resistência bacteriana. Vale salientar ainda que não existem substâncias químicas totalmente isentas de danos e, portanto, essa prática pode representar um processo potencialmente prejudicial à saúde (VOSGERAU et al., 2008).

Além disso, as propagandas exercem uma forte influência sobre a comunidade e está bastante associada com a automedicação, interferindo significativamente no modo como os usuários se comportam ante a utilização de medicamentos. Outro agravante é que elas disseminam, entre os usuários, a crença de curas rápidas.

Estudos identificaram a associação de maior uso de medicamentos em razão da influência da propaganda. Em pesquisa de Lyra Jr et al. (2010), aproximadamente 18% referiram utilizar medicamentos por influência de anúncios publicitários. Além disso, a mesma é elaborada para atingir não somente o usuário, mas diversos profissionais de saúde (BLANK; BRAUNER, 2009).

A saúde tornou-se alvo das tramas capitalistas do consumismo. Esse consumo estende-se não apenas para produtos comuns, mas também medicamentos. Por isso, há uma banalização do real perigo ocorrente com a má utilização dos fármacos. Frases com os dizeres-se não desaparecerem os sintomas, procure seu médico- são algumas das artimanhas usadas para incentivar práticas como a automedicação. Nesse tipo de publicidade, torna-se evidente que os usuários são estimulados a procurarem solucionar seus problemas de saúde equivocadamente.

Portanto, há a necessidade da limitação de propagandas no que diz respeito aos interesses da coletividade (BARROS, 2002), uma vez que essas estimulam cada vez mais a automedicação direta ou indiretamente, bem como tem influenciado prescritores e balconistas numa lógica de “medicalização” que banaliza os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo saúde-doença.

Desse modo, considerando que nem sempre essas informações contidas nas propagandas chegam ao usuário de forma segura, recomenda-se que haja controle na venda de medicamentos e na veiculação de propagandas, pois tal ação, quando realizada indevidamente, se faz nociva à saúde (JESUS et al., 2013).

De acordo com Naves et al. (2010), políticas públicas que regulamentam e disponibilizam os medicamentos essenciais para os usuários têm impacto positivo para seu uso racional. Por outro lado, esses autores ainda referem que propagandas contribuem para práticas como a automedicação.

Portanto, numa sociedade “medicalizada”, onde a saúde e a doença são reduzidas a questões orgânicas, o medicamento foi transformado em mercadoria à luz de uma lógica capitalista de mercado, numa perspectiva que diminui a importância do usuário no processo de cura (WHO, 2004).

A automedicação é reconhecidamente uma prática consolidada quando realizada de forma segura e responsável, trazendo benefícios tanto para o usuário como para o sistema de saúde (OMS, 2005). Ante, porém, a complexa pluralidade de que é constituída a população na qual há um predomínio de significativas desigualdades sociais e elevados índices de pessoas sem escolaridade, como também se reflete no Município de Barbalha, essa automedicação responsável requer maior reflexão, uma vez que as informações sobre o uso dos medicamentos, muitas vezes, são inverídicas, cifradas numa linguagem inacessível e ancorando-se nos interesses da indústria farmacêutica.

Na perspectiva de Schmid, Bernal e Silva (2010), a ineficiência da gestão, assim como ações de assistência farmacêutica com foco apenas na distribuição de medicamentos, em detrimento das ações de educação em saúde junto à comunidade, também concorrem para o elevado índice de automedicação na ESF.

Evidenciou-se no estudo, que tanto usuários que recebiam orientações acerca do uso dos medicamentos como os que não recebiam, medicavam a si mesmos, de tal modo que é válido pensar como essas orientações ocorrem nos espaços da ESF. O que se observa nesses espaços, é um modelo de educação bancária e verticalizada que se opõe ao novo conceito ampliado da saúde que privilegia uma maior consciência crítica dos usuários (FERNANDES; BACKES, 2010). As orientações acerca da utilização dos medicamentos (grifa-se) na ESF podem ser ineficazes, pois as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem metodologias tradicionais (ALVES; AERTS, 2011). Mendes (2012) também aponta para problemas educacionais nos territórios da ESF.

Nesse entendimento, Leite, Prado e Peres (2010) referem que a Educação em Saúde no âmbito dos territórios da ESF, faz-se numa perspectiva de transmissão de informações com ações delineadas de forma impositiva. Além disso, o baixo protagonismo dos usuários bem como a fragmentação das ações de saúde relegam crenças, culturas e saberes com ênfase nas dimensões curativas.

Tal lógica sobre a qual os usuários cada vez mais são tratados apenas do ponto de vista das doenças, queixas, sinais e sintomas sem uma real abordagem das causas do adoecimento, sem momentos de escuta e acolhimento, estimulam cada vez mais os mesmos a se aventurarem no perigoso mercado do medicamento, sob o crivo de pessoas leigas, balconistas de farmácias e drogarias.

Contrapondo-se a essa razão, Alves e Aerts (2011), entendem a Educação em Saúde como uma prática social, portanto, traz consigo visões culturais, valores e crenças de forma contextualizada. Acrescentam, ainda, que ela deve acontecer considerando o que as pessoas trazem como experiência do cotidiano e do entendimento acerca do

seu modo de viver. Com efeito, pactuam-se negociações, para que o usuário, autônomo e consciente, vislumbre a Promoção da Saúde e reduza a automedicação.

Taddeo et al. (2012) referem que a educação deficiente é o fator principal que dificulta o empoderamento dos usuários, visto que a falta de conhecimento acerca de sua doença faz com que eles não sigam as orientações dos profissionais. Salienta-se, portanto, a necessidade premente de práticas educativas efetivas na atenção dispensada ao usuário.

Nesse entendimento, Telles Filho, Almeida e Pinheiro (2013) reportam-se à necessidade de serem adotadas estratégias de Educação em Saúde, cujo foco seja os motivos que conduzem à automedicação no seio familiar, assim como apontam a necessidade do acolhimento dos usuários. Esses autores ainda explicam que tais atitudes a longo prazo diminuiriam práticas como a automedicação.

Nesse sentido, a pactuação profissional de saúde usuário, poderá resultar numa autonomia dos últimos, com vistas à utilização racional do medicamento, o que desencadeia melhores níveis de saúde. Surge desse pacto, um sentimento de pertença e vínculo; movimentos que aproximam usuários e profissionais com um objetivo em comum, que é a melhoria da qualidade de vida.

Braoios et al. (2013) compreendem que os estudos a fomentarem a educação da população como forma de combater o uso abusivo de medicamentos estão em consonância com as recomendações da OMS. De tal modo, o conhecimento da utilização desses pelas comunidades se faz necessário para adoção de estratégias que possam reduzir o uso indiscriminado.

Obreli Neto, Vieira e Cumam (2011) também enfatizam que, ainda que por intermédio de ações educativas junto aos usuários, houve redução do uso irracional dos antimicrobianos, bem como uma redução dos eventos adversos. Tal fato reduziu gastos desnecessários decorrentes do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos, a exemplo de intoxicações e internações hospitalares.

Salienta-se, portanto, a noção de que os profissionais de saúde devem buscar essas parcerias a fim de fortalecer o empoderamento dos usuários. No estabelecimento dessas, os usuários, encorajados pelos profissionais, deverão ter a possibilidade de realizar escolhas que tragam melhores resultados para suas demandas de saúde e não serem sujeitos passivos e alheios ao que acontece com eles e ao seu redor.

É necessário que esses profissionais desenvolvam práticas com foco nos determinantes sociais da saúde, uma vez que os impactos do sofrimento e da dor humana, correlacionados diretamente com o mau uso de medicamentos, ainda não foram completamente elucidados.

Destaca-se, portanto, a necessidade de implementar, nos territórios da ESF, ações de Educação em Saúde, sobretudo, com a aprendizagem significativa, ou seja, buscar

os conhecimentos prévios dos usuários acerca do uso do medicamento, para a partir deles iniciar todas as orientações necessárias.

Portanto, por ser um modelo de reorientação das práticas de saúde, bem como ter a premissa de Promoção da Saúde e pautada na orientação comunitária, a ESF pode contribuir para minimizar os problemas relacionados ao mau uso dos medicamentos, especialmente no tocante à automedicação.

5 CONCLUSÃO

Com base nos achados, conclui-se que 40% dos usuários da ESF, com idade abaixo de 60 anos que participaram deste estudo, se automedicam. A prática está relacionada à autopercepção do estado de saúde, ao estado mórbido, às infecções das vias aéreas superiores, às algias e cefaleias. A escolha de fármacos amplamente conhecidos, a exemplo dos antiinflamatórios e antimicrobianos, está relacionada à prática da automedicação.

A decisão de se medicar pode ser influenciada pelo informante, ou seja, orientações de vizinhos, amigos, parentes, como também prescrições médicas anteriores, além de experiências e conhecimentos prévios dos usuários acerca do uso do medicamento.

Sendo assim, é indispensável maior estruturação dos serviços de saúde, para que o processo de trabalho das equipes aconteça numa perspectiva de uma prática acolhedora e humanizada, que estabeleça vínculos e leve em consideração os conhecimentos prévios dos usuários e os motivos envolvidos na prática da automedicação. Recomenda-se a efetivação de práticas de Educação em Saúde que possibilitem um olhar para a subjetividade dos usuários em detrimento do reducionismo biológico do processo saúde-doença, e favoreça o empoderamento deles, visando ao uso racional dos medicamentos.

Para tanto, sugere-se que sejam constituídos grupos de debate sobre o tema entre as equipes e ações de educação em saúde na comunidade, através de oficinas na perspectiva de uma abordagem crítica, principalmente, acerca dos eventos adversos ocasionados pelo mau emprego dos medicamentos, da utilização compartilhada, acondicionamento e validade, levando-os a discutirem e refletirem sobre a importância do uso de forma adequada, racional, bem como uma reflexão dos riscos da automedicação. Essas ações educativas ainda precisam ser realizadas de forma contínua e que envolvam não apenas a ESF, mas, sobretudo, a assistência farmacêutica do Município.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-46, 2005.

_____. **Medicamentos:** consumo e reações adversas – um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.

AQUINO, D.S.; BARROS, J.A.C.; SILVA, M.D.P. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500027>.

AYRES, M. et al. **BioEstat 5.0** – Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas: Sociedade Civil Mimirauá, Belém. Brasília: CNPq; 2007. 290 p.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p.67-84, 2002.

BLANK, D. M. P.; BRAUNER, M. C. C. **A saúde como objeto de consumo**. In: XVIII Congresso de Iniciação Científica e I Mostra Científica. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2009. p.5.

BRAOIOS, A. et al. Uso de antimicrobianos pela população da cidade de Jataí (GO), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.3055-3060, 2013.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde (OMS) Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml. Acesso em 01 nov. 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. **Resolução nº 466/12** – Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info 7**. Disponível em: <<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>>. Acesso em: 15 out. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF SP). **Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo II, 2008/2009). Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/farmacia-estabelecimento-de-saude.html>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.4, p.567-573, 2010.

FEST, C.; ANDERSON, E. M. **Empowerment:** from philosophy to practice. Patient Education Counselling, v.26, n.1-3, p.139-144, 1995.

FIOCRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (**SINITOX**). Registro de intoxicações. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 14 nov. 2014.

JESUS, A. P. G. A. S.; YOSHIDA, N. C. P.; FREITAS, J. G. A. P. Prevalência da automedicação entre acadêmicos de farmácia, medicina, enfermagem e odontologia. **Estudos**, v.40, n.2, p.151-164, 2013.

LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em Saúde**: desafio para uma prática inovadora. São Caetano do Sul: Difusão, 2010.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p.55-62, 2002.

LYRA JR, D. P. et al. Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.3497-3505, 2010. Suplemento.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.1751-1762, 2010. Suplemento.

OBRELI NETO, P. R.; VIEIRA, J. C.; CUMAN, R. K. N. Impacto da atenção farmacêutica no uso racional de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo. **Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá**, v.33, n.2, p.159-164, 2011.

OLIVEIRA, M. A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 335-345, 2012.

SCHMID, B.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p.1039-45, 2010.

SILVA, I. M. et al. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, p.1651-1660, 2011. Suplemento.

SOUZA, I. P. M.; JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.4, p.618-627, 2009.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2923-2930, 2012.

TAVARES, N. U. L.; BERTHOLDI, A. D.; BAISCH, A. L. M. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família do sul do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1791-1800, 2008.

TELLES FILHO, P. C. P.; ALMEIDA, A. G. P.; PINHEIRO, M. L. P. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.197-201, 2013.

VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, p.43-9, 1998.

VOSGERAU, M. Z. S.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T. Automedicação entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade Saúde da Família. **Lat. Am. J. Pharm.**, v.27, p.831-838, 2008.

World Health Organization. **Antimicrobial resistance**. Geneva; 2002[cited 2006 Sep 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/> [Fact sheet, 164].

WHO. WHO Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva: **WHO**; 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_2004.2.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

Dialogando com o adolescente escolar e sua família: subsídios para prevenção do uso de drogas

Renata Luzia Cavalcante Costa

Fabiane do Amaral Gubert

Neiva Francenely Cunha Vieira

I INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase compreendida entre os 10 e 19 anos e é caracterizada por mudanças no desenvolvimento biopsicossocial (CAVALCANTE et al., 2008). O adolescente por estar vivenciando uma etapa de intensas modificações pode estar exposto a diversas situações de vulnerabilidade, dentre elas o consumo de drogas (CEBRID, 2013).

No Brasil, existem atualmente 21 milhões de adolescentes e o Ceará compreende 1.044.872, o que corresponde a 12,4% da população do estado (UNICEF, 2011). Em relação ao município de Fortaleza, cenário deste estudo, tem-se 369.997 adolescentes representando 15% da população. (IBGE, 2010).

Em relação ao uso de drogas no Brasil, há um crescimento anual de 10% do número de dependentes químicos, sendo a iniciação ao uso de drogas cada vez mais precoce (MACHADO et al, 2010). Cerca de 210 milhões de pessoas usam drogas ilícitas a cada ano, e quase 200 mil deles morrem por seu uso. Prevenção, tratamento, cuidados e apoio, particularmente em países em desenvolvimento, continuam a ser uma enorme necessidade não atendida (UNODC, 2011).

O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas, concluído em 2010, revelou que na população adolescente houve diminuição de 49,5% no uso de drogas ilícitas, na comparação com a última pesquisa em 2004. Somente no caso da cocaína não foi observada redução do consumo. No Nordeste, a variação de uso na vida nas nove capitais desta macrorregião, comparando-se 2004 e 2010, é expressa pela rela-

ção Diminuição/Aumento. Portanto, as diminuições de consumo no Nordeste, de 2004 para 2010, mais marcantes foram obtidas com os solventes 8/1 e anfetaminas 8/1 e o maior aumento foi o da cocaína (0/9), que cresceu nas nove capitais nordestinas.

Considerando a relevância do cuidado ao adolescente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se a promoção de atividades educativas que reforcem os conhecimentos, habilidades e atitudes dos jovens diante do uso e abuso de drogas. Neste cenário destaca-se o papel da família e da escola com reforço dos serviços de saúde.

Para Ressel et al. (2009), a adolescência é um período de vulnerabilidade e exposição a muitos riscos, pelas muitas transformações ocorridas neste período, devido a muitas inquietações há vislumbamento de poder e autocontrole sobre sua vida. Nesta fase, é comum o distanciamento dos adolescentes com suas famílias, em que muitas inquietações e conflitos psicossociais, havendo necessidade de integração social, busca da autoestima e de independência familiar. Tudo isso faz com que existam situações de comportamentos variados e vulneráveis a processos de morbimortalidade.

A família em diferentes épocas é identificada como unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização na atualidade, continua sendo considerada o principal agente socializador do adolescente, responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida que possibilitará enfrentar um mundo em permanente mudança. Portanto, a família é um sistema de saúde para seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que dirigem as ações da família na Promoção da Saúde de seus membros, na prevenção e tratamento de doenças e o qual deve ser valorizado pelo profissional de saúde (ELSE, 2004).

A visão atual de educação em saúde tem por finalidade tornar o indivíduo preparado a buscar melhores condições de vida. Os indivíduos são estimulados a tomar decisões e a exercerem a autonomia sobre a sua própria vida (ROECKER; MARCON, 2011). No que tange a prevenção do uso de drogas, Nogueira (2008) afirma que ações de prevenção devem seguir princípios básicos, bem como filosofias definidas e oferecer aos alunos informações sobre os efeitos das drogas. Quando essas ações forem dirigidas às famílias, devem valorizar o vínculo familiar, relações familiares, técnicas de comunicação, dentre outras, além de proporcionar aos alunos sentimentos positivos de autoestima e oferecer, a estes, habilidades de resistência às pressões negativas.

Segundo Burrone (2010), ações preventivas realizadas na escola têm sido realizadas com maior ênfase nos últimos anos. Em geral, interações deste tipo trazem resultados positivos sobre variáveis, como grau de informação e atitudes com as drogas. O estudo destaca ações educativas/consumo de drogas em adolescentes escolares na Argentina e verificou, entre aqueles que receberam orientações alguma vez na vida, que apenas 17,67% receberam orientações várias vezes, 26,56% apenas uma vez e 50%

nunca receberam atividades de prevenção, além disso o estudo revelou que programas de prevenção devem ser abordados qualitativamente e incorporados desde a etapa inicial do processo de escolarização.

Assim, surge a necessidade de reforçar a autonomia dos sujeitos, a qual depende das condições externas destes, da cultura em que estão inseridos, do acesso à informação, e mais do que isso, da capacidade de utilizar o conhecimento em exercício crítico de interpretação, ou seja, o sujeito da reflexão e ação, sendo assim considerar o adolescente em seu contexto familiar é essencial.

Essa autonomia, no sentido de mudar o comportamento em relação às drogas é subsidiada pela conscientização advinda do processo de educação em saúde e grupos terapêuticos, os quais surgem como uma estratégia voltada para a promoção da saúde, comprometida com o processo de transformação social efetiva das pessoas envolvidas. Nesse cenário, a educação em saúde requer do profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família uma análise crítica do seu papel como educador.

O profissional de saúde diante do contexto adolescente, sua família e a prevenção do uso de drogas, deve estimular o diálogo na família o qual deve ser caracterizado como uma ferramenta definidora nas estratégias que irão ajustar os interesses de pais e filhos. Como as relações não são bem definidas é necessário negociá-las constantemente, ou seja, reequilibrar esta relação. As negociações surgem como fator de inovação e de mudanças que conduz a novas formas de relacionamento familiar. (CARIOLANO- MARIANUS et al.,2015).

Considerando este contexto, o objetivo do estudo é identificar a percepção de pais e/ou responsáveis de adolescentes participantes de uma intervenção educativa para prevenção do uso de drogas na escola, no ano de 2013, em uma escola Municipal de Fortaleza – CE, acerca do impacto desta ação.

2 METODOLOGIA

O percurso metodológico adotou o estudo de intervenção, que para Pereira e Barreto (2011), também é chamado ensaio comunitário, estando incluído no grupo de estudos experimentais. Nesta modalidade de pesquisa, há introdução pelo pesquisador de uma intervenção em determinado grupo populacional, em que o processo de pesquisa estará no controle. Esse método foi recomendado para avaliar eficácia/efetividade de vacinas, como também de intervenções preventivas, como educacionais, normativas, ambientais, dentre outras.

O processo de pesquisar, no estudo de intervenção, é indissociável da intervenção. Assim, a prática de pesquisar implica na realização de práticas interventivas, que agem de forma interligada com todas as forças na instituição, o que faz com que a pesquisa caminhe na complexidade dos acontecimentos investigados. (SILVEIRA et al., 2010).

Para Hawe et al. (2009), a pesquisa de intervenção permite que sejam criados novos papéis, que símbolos particulares sejam elevados, que furos estruturais dentro e fora das redes podem ser preenchidos, além de permitir a ampliação de oportunidades de interação e troca.

Podemos pensar escolas, comunidades e locais de trabalho como sistemas ecológicos complexos, os quais podem ser teorizados em três dimensões: (1) os constituintes dos contextos das atividades, por exemplo, clubes, festivais, assembleias, salas de aula; (2) as redes sociais que conectam as pessoas e os locais como diretores da escola, professores, pais, Unidade Básica de Saúde; (3) tempo em que a atividade será desenvolvida (Hawe et al., 2009).

Ainda segundo Hawe et al. (2009), a compreensão do contexto deve ser o primeiro passo para a abordagem dos sistemas, observando a natureza e a diversidade de configurações no sistema, bem como posições estratégicas ocupadas por cada ator envolvido, por exemplo, professores e alunos na escola onde foram realizadas as ações.

Esse estudo foi realizado no município de Fortaleza – Ceará, que possui mais de 2 milhões e 400 mil habitantes, segundo IBGE (2010). É a quinta capital do país em termos de população. Para sua melhor organização, a cidade é dividida em sete secretarias regionais (SR): I, II, III, IV, V, VI e Regional do Centro.

Um dos pesquisadores atua como servidora municipal de Fortaleza e gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na SR I. A UAPS possui quatro Equipes de Saúde da Família completas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), três destas com equipes de Saúde Bucal modalidade I, isto é, com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

A escola escolhida para a realização da intervenção educativa localiza-se no território de abrangência desta UAPS e possui o Programa Saúde na Escola – PSE.

Para apresentação da proposta da intervenção educativa, relevância e justificativa, foi realizada uma visita inicial à direção da escola, momento em que se fez um levantamento quantitativo de alunos adolescentes regularmente matriculados na escola. Nesta visita, a direção da Escola mostrou-se acessível e sensibilizada quanto à importância da realização da intervenção desta natureza na escola, autorizando a realização do mesmo no espaço escolar e tornando-se disponível para contribuir com as ações educativas. O levantamento quantitativo mostrou que a escola possuía um total de 546 alunos do 4º ao 6º ano (séries que possuem adolescentes de 10 a 14 anos), segundo dados do ano letivo de 2013 obtidos na própria escola. Dentre estes, 506 possuíam a idade de 10 a 14 anos, faixa etária escolhida para realização do estudo.

A faixa etária dos adolescentes foi escolhida devido ao fato de que, segundo Marques e Cruz (2000), levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na transição da infância para adolescência que se inicia o uso dessas substâncias. Assim, quanto mais

cedo forem realizadas ações preventivas contra o uso de álcool e outras drogas, menor a chance de que esses adolescentes possam vir a usar algum tipo de droga (lícitas ou ilícitas).

A seleção da turma de adolescentes para realização do estudo foi intencional, escolhendo-se uma turma que fosse a mais homogênea com relação à idade e em maior número de alunos dentro da faixa etária escolhida para realização do estudo, pois dos 39 alunos da turma, 38 estavam nessa faixa esperada.

A intervenção educativa no ambiente escolar foi desenvolvida apenas com os adolescentes com a realização de quatro oficinas, em que o tema prevenção de drogas foi abordado com visão interdisciplinar e intersetorial, com participação de profissionais da estratégia saúde da família, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e policiais do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência da Polícia Militar do Ceará – PROERD.

A estratégia de oficina mostrou-se uma técnica de coleta de dados eficiente para realização deste estudo, corroborando com Amaral (2005) que afirma sua eficiência em pesquisas com adolescentes, visto que é uma atividade que apresenta semelhanças com os mesmos, momento de transformações dos participantes e de manifestação de opiniões. As oficinas ocorreram no dia e horário pactuados com a escola: às terças-feiras, com duração média de uma hora, nos meses de novembro e dezembro de 2013.

O Quadro 1 sintetiza o tema e o objetivo de cada encontro:

Quadro 1 – Síntese das oficinas realizadas no Estudo de Intervenção

Temas das Oficinas	Estratégia utilizada	Objetivo da atividade
1. Os adolescentes e seus conhecimentos sobre drogas.	Jogo educativo	Promover uma atividade em que os envolvidos fossem sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento, através de elemento lúdico (jogo) e de perguntas e temas que suscitam o conhecimento e a vivência prévia do público em questão.
2. O que são as drogas e quais suas consequências	Exposição Dialogada	Discutir com os adolescentes sobre a problemática das drogas por meio de um enfoque social e legal.
3. A prevenção do uso de drogas e a Saúde do Adolescente	Exposição dialogada	Discutir os problemas relacionados ao uso e abuso de drogas para a Saúde do Adolescente.
4. Construindo a bandeira da prevenção de drogas pelos adolescentes	Exposição dialogada e Trabalho em grupo.	Aplicar à realidade os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes.

Os facilitadores das atividades educativas foram: dois Policiais Militares, uma profissional da Estratégia Saúde da Família (Enfermeira) e três profissionais do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após a realização da intervenção educativa foi conduzida entrevista com perguntas abertas aos pais ou responsáveis dos alunos que participaram das atividades. As falas foram anotadas pelo entrevistador.

Dos 39 pais/responsáveis, 35 foram entrevistados, pois dois haviam mudado de endereço e não foi possível localizar o novo e outros dois não foram encontrados nas diversas vezes que foram procurados em suas residências. As visitas aos pais foram agendadas antecipadamente, respeitando a rotina de cada um. As perguntas realizadas foram: Em sua opinião, qual a importância de seu filho ter participado da atividade educativa sobre drogas na escola? Comente sobre o comportamento do seu filho após as atividades. Diga a sua opinião sobre o fato da atividades ter sido realizada na escola e não em outro ambiente.

As respostas dos pais ou responsáveis obtidas foram submetidas ao método de análise de conteúdo temática para que se atingissem os significados manifestos e latentes trazidos pelos que responderam a pesquisa. O processo de análise envolveu algumas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. As falas foram agrupadas em temas, as quais remetem a uma afirmação sobre o assunto (MINAYO, 2010).

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará - PROPESQ, conforme parecer de número 459.825, de 14 de novembro de 2013 e seguiu os princípios éticos e legais da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/Ministério da Saúde do Brasil, que expressa as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

3.1 Escola: espaço privilegiado para intervenção educativa sobre prevenção de drogas

Desenvolver ações de promoção da saúde com adolescentes, incluindo a escola como espaço para educação em saúde é uma atribuição do profissional da Estratégia Saúde da Família, por meio das políticas públicas vigentes tais como o Programa Saúde na Escola, instituído desde 2006. Além disso, a escola é espaço privilegiado para realização de práticas educativas, uma vez que os adolescentes permanecem por muito tempo, socializam-se e convivem com pessoas de diferentes culturas (DANTAS et al., 2010).

A inserção dos pais neste ambiente, seja por meio de suas percepções sobre atividades realizadas na escola é essencial para o repensar das práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, os quais são os principais concretizadores das políticas de saúde voltadas ao adolescente. No entanto, os pais não costumam

freqüentar a escola, seja pelas atividades diárias do cotidiano, as quais os impedem de acompanhar os filhos, ou até mesmo o fato de não estarem acostumados a serem participantes ativos do processo de escolarização dos adolescentes. Por este motivo no presente estudo, houve dificuldade para reunir os participantes na escola, por tanto optou-se por realizar as entrevistas no domicílio.

Com relação ao comportamento dos filhos na visão dos pais, após a realização das atividades, observou-se em suas declarações que a maioria constatou mudanças positivas em seus filhos, com destaque para a capacidade de dizer “não” ao uso de drogas, no entanto alguns pais afirmaram não ter visto mudanças expressivas:

Não mudou muita coisa.

Ele ficou muito melhor e até comentou comigo que gostou.

Ficou feliz e aprendeu bastante, até mudou seu comportamento.

Ficou curiosa e fez mais pesquisas.

Melhorou o comportamento, pois despertou a curiosidade de dizer nã.

Antes havia muita reclamação dele na escola, mas agora ele está indo bem, não falta mais as aulas.

Ele ficou mais esperto, comportamento 10.

Os pais consideraram a participação dos filhos nas atividades do estudo como relevante para a mudança de atitude, afirmando que eles aprenderam a diferenciar o que é bom do que é ruim, que droga faz mal à saúde e que ficarão mais atentos quando estiverem em situações de risco. As declarações a seguir corroboram com essa informação:

Foi ótimo. Agora ela sabe o que é ruim e bom e que as drogas não levam a nada.

Muito importante, porque agora ela sabe definir as drogas.

Foi importante pra ele ficar mais atento, pra saber os perigos das drogas e saber escolher as novas amizades.

Acho que foi muito bom para o desenvolvimento da vida e não se envolver com drogas.

Muito bom, melhor do que tá na rua fazendo coisa errada. Achei que foi ótimo pra saber o que é certo e errado.

Agora ele sabe o que é prejudicial pra vida dele e sabe dizer NÃO.

Eu achei que foi muito importante, porque a situação hoje os adolescentes são influenciados por traficantes e como a droga acaba com a vida.

Muito bom, porque as drogas matam ou levam à cadeia.

Foi muito bom para ele saber que drogas não é bom e seus perigos.

Foi muito importante, para saber que as drogas matam e só traz a destruição de toda a família.

Muito importante ele ter participado, porque já temos casos na família e ele mais uma vez ver que não é bom.

É muito bom pra ela ficar alerta; se entrar nas drogas, só se ela quiser.

Acho que foi muito importante porque agora ela ficou mais curiosa e quer saber mais sobre as drogas.

Os pais/responsáveis afirmam a importância da continuidade de trabalhos que tragam mais informações para os filhos, mostrando a realidade das drogas. Foi sugerido inclusive que a atividade seja considerada como disciplina na escola ou que fosse incluída na rotina.

Deveria continuar e se tornar como uma matéria importante na escola.

Foi muito importante, mas deveria acontecer mais vezes.

Foi ótimo, espero que continue.

Essas atividades deveriam acontecer com mais frequência

Deveria se expandir.

Quanto ao fato de as atividades terem sido realizadas na escola, os pais consideraram muito bom a excelente, considerando principalmente o fato da ação ter sido realizada no contexto da escola, conforme depoimentos a seguir:

Excelente, deveria ter sempre.

Foi excelente ser na escola, porque ela deveria instigar o aluno a não ter interesse em drogas.

Foi muito importante porque o aluno fica mais tempo na escola.

No colégio é seguro.

Muito importante na escola, porque a escola recebe mais atenção dos alunos.

Foi bom porque não precisa tirar o aluno do colégio e não atrapalhou em nada.

Porque a escola é um lugar de aprendizado e de amadurecimento dos alunos.

Algumas sugestões importantes sobre a atividade educativa foram dadas pelos entrevistados no sentido de demonstrar a realidade vivenciada por usuários de drogas.

Deveria levar os alunos para conhecer entidades de dependentes químicos e também falar na gravidez na adolescência.

Levar os alunos para uma aula prática, mostrando melhor a realidade.

4 DISCUSSÃO

A escola como espaço importante de realização de atividades de educação em saúde foi valorizada por todos os facilitadores, pelos profissionais da escola e pelos pais dos alunos e adolescentes. Segundo Gubert et al. (2009), pode-se considerá-la espaço crucial para o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades de crianças e adolescentes, pois estes permanecem por um período importante, durante a etapa do seu crescimento e desenvolvimento. No estudo observa-se que a atividade, na opinião dos pais melhorou o comportamento do adolescente, fato este que pode ser considerado fator protetor para prevenção em um futuro contato com drogas e essencial para a harmonia familiar.

Para o SENAD (2013), a escola pode ser considerada um lócus para construir condições que possibilitem a obtenção de espaços de aprendizagens que sejam democráticas, populares, inclusivas e plurais. Assim, políticas públicas voltadas para a educação e a saúde convergem para o ambiente escolar, com objetivo de contribuir com a qualidade de vida dos alunos.

Um ponto relevante do estudo foi o fato dos pais serem entrevistados no ambiente familiar, o qual segundo Sartre et al (2014) é necessário o engajamento das pessoas sobre o uso de drogas ocorra no ambiente que o indivíduo vive, pois é onde ele vive suas diversas experiências. Entende-se que tanto o consumo quanto o nível de problemas associados a ele decorrem da combinação de elementos internos e externos ao indivíduo. A compreensão destes elementos e suas relações são essenciais para o planejamento de ações de prevenção para adolescentes, já que é nesta fase que a maioria dos indivíduos inicia o consumo de drogas.

Durante o desenvolvimento deste estudo de intervenção, procurou-se utilizar estratégias metodológicas de educação em saúde que estimulassem a participação dos adolescentes. Dentre estas, utilizou-se o jogo educativo (Oficina 1), dinâmicas de grupo (todas as oficinas), exposições dialogadas (todas as oficinas), vídeos educativos (Oficina 2), trabalho em grupo (Oficina 4), estratégias que construíram para o despertar dos jovens e consequente percepção dos pais.

Paiva e Ronzani (2009) afirmam que no desenvolvimento de ações relacionadas ao uso de drogas, a família deve ser considerada, buscando fortalecimento de víncu-

los e posturas mais benéficas dos pais para com os filhos. Por isso incluir os pais na avaliação deste processo educativo é uma inovação, principalmente no que se refere à apreensão de conhecimento, habilidades e atitudes apresentadas pelos adolescentes. Conforme Currie et al. (2008), inúmeros valores são agregados pela família, como crenças, conhecimentos e hábitos, os quais podem influenciar práticas que promovam saúde nos componentes das famílias ou diminuam a vulnerabilidade dos mesmos para as doenças.

Conforme o SENAD (2013) o arranjo familiar pode apresentar tanto fatores de risco como de proteção em relação ao uso de drogas. Assim, cita como um fator de proteção da família “pais que acompanham as atividades dos filhos”. Já um fator de risco associado à família é citado “pais que fazem uso abusivo de drogas”.

Os resultados evidenciam que o profissional de saúde deve atuar com maior proficiência no que concerne à promoção do diálogo pais e filhos sobre o uso de drogas, incentivando-os a partilhar de informações com os filhos sobre a temática e conhecendo mais sobre o papel da Estratégia de Saúde da Família na prevenção. Com isso os pais e filhos poderão escolher e assumir novos caminhos que possam promover de forma adequada a vivência saudável da adolescência, entendendo que eles devem ser cuidados no meio em que vivem, procurando minimizar suas dúvidas, angústias e conflitos existenciais, os quais costumam acompanhar suas escolhas.

É preciso que o profissional de saúde esteja presente e junto com a família na condução de atividades educativas para prevenção de drogas, no sentido de descobrir meios que possam impulsioná-la no alcance de seu próprio equilíbrio e bem-estar, ultrapassando o aspecto biológico de seus membros. Junto com ela, descobrir estratégias que facilitem o desenvolvimento de suas tarefas diárias, sejam elas relacionadas ou não diretamente com a saúde, as quais influenciam diretamente na promoção de fatores de proteção ou resiliência ao uso de drogas. Ao mesmo tempo, faz-se necessário unir-se à família para apoiá-la no exercício de seu papel educativo, ressaltando seu valor e sua capacidade de educar e, acima de tudo, na importância de seu papel na formação de valores e referenciais dos filhos (MARCONI, 2004).

Um ponto apresentando pelos pais foi à necessidade de apresentar aos seus filhos situações reais que demonstrem o desdobramento de um usuário de drogas. Sobre isso Bandura, Azzi e Polydoro (2008) por meio das concepções da Teoria da Autoeficácia, comenta que experiências pessoais de êxito podem ser adquiridas por experiências vicárias, ou por modelação as quais são as experiências associadas primariamente a certas influências ambientais. A modelação se refere à observação de outra pessoa que será o modelo para realizar a tarefa em questão. Sendo assim, compartilhar da experiência de pessoas próximas ao indivíduo é uma fonte importante de autoeficácia, especialmente se a mesma não apresenta experiência pessoal prévia. Assim, no contexto da prevenção do uso de drogas esta experiência poderá ser interessante para utilizar-se na prática dos profissionais junto as famílias e adolescentes.

A partir do exposto existem diferentes dimensões a serem trabalhadas para o desenvolvimento das habilidades do adolescente na escola, e uma delas é a possibilidade do profissional incluir os pais/responsáveis nesse processo. Assim, os profissionais que desenvolvem no adolescente e sua família a capacidade de reflexão e crítica, bem como para tomar decisões, fortalecem sua auto percepção positiva e seus vínculos afetivos, tendo maiores possibilidades de aplicar estas aprendizagens em diferentes situações de vida: a escolaridade e a aprendizagem, a sexualidade, o uso de drogas, as relações familiares e com seus pares, a participação social e comunitária (ALBERTANI, SODELL, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família tem papel fundamental no processo educativo e de formação do adolescente, principalmente diante de uma temática velada no contexto social, que é o uso de drogas. Assim o cenário familiar é um fator de proteção para o uso de drogas por ter influência positiva no comportamento do adolescente, além de assegurar a continuidade dos cuidados prestados pela Estratégia de Saúde da Família, na medida em que, por exemplo, reforça ensinamentos acerca da prevenção no contexto do estudo.

Novas atividades educativas de prevenção às drogas devem inserir a família não apenas para observar as mudanças de comportamento dos filhos ou conhecer sua opinião sobre o processo realizado com os adolescentes, mas também envolver pais e/ou responsáveis nas oficinas educativas. Incluir os pais reflete na maior interação entre eles, visto que normalmente nesta fase, há um distanciamento natural.

Conhecer a opinião dos pais/responsáveis sobre a intervenção educativa realizada no estudo foi relevante para se obter a visão não só em relação às atividades, mas também com relação aos comportamentos dos adolescentes participantes após as oficinas. Ressalta-se que as sugestões proferidas pelos participantes tais como visitar locais junto aos adolescentes e mostrar a realidade de outras pessoas usuárias de drogas aos adolescentes pode ser estratégias interessantes para prevenção do uso. No entanto deve ser planejada em uma perspectiva problematizadora junto ao adolescente e não de desumanização ou preconceito diante do dependente químico.

Na Estratégia de saúde da família muitas vezes a principal crítica às atividades educativas, entretanto, refere-se a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos sujeitos envolvidos. A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos sujeitos e suas famílias, principais usuários do serviço, insere-se no discurso emergente de Educação em Saúde mediante um modelo participativo e dialógico, que considere a família em toda a sua magnitude, incluindo no processo de avaliação da intervenção, a qual pode ser percebida por meio da percepção dos pais sobre o efeito da ação sobre prevenção de drogas neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ALBERTANI HMB, SODELL M. Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível). In: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**, 91, 2014.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva. Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed. 2008.
- BURRONE, M.S. **Análises del registro de intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas em adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba-Argentina**. 2010. Tesis (Maestria) - Universidade Nacional de Córdoba, Córdoba, 2010.
- CAVALCANTE, M.B.P.T; ALVES, M.D.S; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão da promoção da saúde. **Esc Anna Nery**, v.12, n.3, p.555-559, 2008
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5a ed. São Paulo: CEBRID, Universidade Federal de São Paulo; 2010.
- CORIOLOANO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. ahead, p. 00-00, 2015.
- CURRIE, C. *et al.* **Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2008. (Health policy for children and adolescents, n. 5).
- DANTAS, T. M. *et al.* Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. **Cadernos de cultura e ciência**, v.1, n.2, p.12-22, 2010.
- ELSE, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In.: Else I.; Marconi SS, Silva MRS. (org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p.76-81.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- GUBERT, F.A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev Eletr Enf**. [Internet], v.11, n.1, p.165-172, 2009. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf. Acesso em: 6 fev. 2014
- HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Theorising Interventions as Events in Systems. **Am J Community Psychol**, v.43, p.267-276, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Cidades [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 11 mar. 2013.
- MACHADO, N.G. *et al.* Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev enferm UERJ**, v.18, n.2, p.284-290, 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.22, supl.II, p.32-36, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NOGUEIRA, B.R. **Violência nas escolas e o papel do PROERD**. Palestra conferida na Capacitação para Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Projeto Um Outro Caminho é Possível. Teresina, 2008, Mimeo.

NOTO A.R, GALDUROZ JCF, NAPPO S.A., FONSECA A.M., CARLINI C.M.A., MOURA YG, et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID; 2004.

PAIVA, F.F. RONZANI, T.M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan./mar. 2009.

PEREIRA, S.M; BARRETO, M.L. Estudos de intervenção. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e Saúde**. Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p.55-64.

RESSEL, L. B. *et al.* Saúde, doença e vulnerabilidade para mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery.**, v.13, n.3, p.552-557, 2009.

ROECKER, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery.**, v.15, n.4, p.701-709, 2011.

SARTES, L. M. A., GUMIER, A. B., FERNANDES, L. R., & FERREIRA, M. L. (2014). Fatores de risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**, 91.

SENAD. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

SIVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA W. A. Pesquisa-intervenção em um CAP-Sad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.3, n.2, p.184-197, 2010.

UNICEF. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2011** (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10). New York: UNODC, 2011.



Historicidade, saberes e práticas de educação em saúde e a estratégia saúde da família

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha
Ariza Maria Rocha

I INTRODUÇÃO

Os seres humanos sempre ensinaram e aprenderam mutuamente, convivendo em uma mesma cultura e partilhando as mesmas experiências, quando esse conhecer ainda era apenas intuitivo. A civilização ocidental desenvolveu a racionalidade técnica, uma forma de pensar e agir que concebe a ação educativa da escola tradicional moderna, que adota o autoritarismo ou a supremacia da transmissão do conhecimento baseado na experiência do professor, onde o papel do aluno era absorver esse conhecimento e reproduzir fielmente, definida como educação bancária ou verticalizada. Contrapondo esse tipo de educação, surge a educação dialética libertadora, que proporciona horizontalidade ao educador e educando na construção do saber, partindo da problematização da própria realidade (CESTARI, 2002 apud REIS et al., 2013; FREIRE, 2011a).

No campo da saúde não foi diferente, suas concepções metodológicas de práticas do conhecimento foram avançando ao longo do tempo acompanhando o processo histórico ainda que não tenha ocorrido de forma linear, desde o período Higienista (final do século XIX ao início do século XX), com sua concepção “autoritária”; passando pelo Sanitarista (início do século XX até o início de 1960), com a transição da concepção “autoritária” para a “populista”, quando se falava em Educação Sanitária; e a concepção “dialética-dialogical-libertadora” (de meados da década de 1960 aos dias atuais), temos a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde.

Segundo Pulga (2014), a concepção “autoritária”, servia aos interesses de uma classe dominante, estava centrada na saúde-doença ou modelo biomédico, visava

à domesticação das pessoas através de normas impostas por autoridades sanitárias para controle de epidemias, cabendo à população obedecer e reproduzir o padrão de comportamento imposto tais como medidas preventivas de doenças, bons hábitos de higiene e vacinação. A concepção “populista”, continuidade do enfoque cartesiano de prevenção, mas o educador apresentava discurso populista para passar a sensação de que o educando fazia parte do processo de aprendizagem com o intuito de manter os sujeitos dominados, perpetuando, assim, a relação de dependência e inferioridade do educando. Por fim a concepção “dialética-dialogical-libertadora”, que visa despertar o senso crítico e promover o diálogo entre educador e educando para o processo de construção coletiva e solidária do conhecimento, atendendo assim aos pressupostos da filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde e ao modelo assistencial abrangente ou integral para enfrentar necessidades individuais e coletivas desencadeados pela Conferência de Alma-Ata em 1978, a qual preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Sendo assim, para reorganização da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida como programa em 1994 para garantia dos princípios da integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS); mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico curativista para o modelo preventivo assistencial; com foco nas famílias de um território geográfico delimitado; visando desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a formação de vínculo com a população para melhor compreensão da realidade em que vivem; participação social em prol do desenvolvimento de consciência crítica para a interferência e melhoria das condições de vida, e para isto a Educação em Saúde faz-se imprescindível (OLIVEIRA et al., 2014; BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Para Rodrigues e Santos (2010), a Educação em Saúde é um processo inerente a todas as atividades desenvolvidas no âmbito do SUS e por ser prática transversal, proporciona a articulação de todos os níveis de gestão do sistema com os sujeitos envolvidos, representando desta maneira, um dispositivo essencial para a formulação de políticas públicas. Dentro das práticas de promoção da saúde na ESF, a Educação em Saúde é um artefato capaz de produzir ação ou um processo de trabalho dirigido para atuar sobre a construção do conhecimento desses sujeitos, partindo da análise da sua realidade, objetivando desenvolver juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano. Pode ainda ser considerada grande ferramenta para potencializar a criação de vínculo entre os trabalhadores e população, otimizando a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da mobilização e participação dos usuários na definição de suas necessidades, priorizando estratégias a serem implementadas e formando sujeitos autônomos para interferir nas suas realidades (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com Pulga (2014), a Educação Popular em Saúde é uma alternativa à Educação em Saúde, por apresentar um referencial caracterizado pelo diálogo entre os

atores sociais, onde a educação é vista como humanização através da compreensão integral do ser humano como sujeito constituído por várias dimensões, bem como a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação destes atores sociais. Nessa perspectiva, busca promover participação destes, incentivando a reflexão, o diálogo e a expressão da afetividade, potencializando assim sua criatividade e autonomia. Incorpora a perspectiva de protagonismo dos diversos atores sociais, a valorização das culturas locais nas suas organizações, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Baseado na concepção de que a Educação em Saúde é um campo de prática da promoção da saúde, que integra o conhecimento popular e o científico, aproximando a comunidade dos profissionais de saúde numa relação cooperativada para a construção do saber, partindo da análise e problematização da realidade vivenciada, a questão que surge como norteadora da pesquisa: como tem acontecido o desenvolvimento de saberes e práticas educativas em saúde na ESF no decorrer desse processo de institucionalização da Educação Popular em Saúde?

A justificativa para esta pesquisa encontra-se na inquietação que a pesquisadora possui, enquanto enfermeira da ESF, ao perceber que em seu território de atuação as práticas educativas ainda ocorrem de modo pontual, prevalecendo as características das metodologias tradicionais e muitas vezes com enfoque na saúde-doença, e principalmente pela dificuldade que encontra para desenvolver práticas educativas participativas e libertadoras, que envolvam toda a equipe multiprofissional e a comunidade na construção do saber, proporcionando de fato a criação de vínculos entre os profissionais e a população, bem como mudanças significativas no contexto da ESF e da vida na comunidade.

Portanto, busca-se com essa revisão integrativa da literatura conhecer as diferentes contribuições na área da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde no âmbito da ESF, analisar os resultados em evidências sobre seu processo histórico e os saberes e práticas prevalentes na sua institucionalização a partir desta década.

2 MÉTODO

O estudo é de cunho bibliográfico, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, procedimento que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico existente sobre a temática investigada, de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, bem como permite que os leitores obtenham informações e avaliem a pertinência do processo empregado na elaboração da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Seguiu-se a descrição das fases de sistematização da revisão integrativa da literatura proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010), ou seja, elaboração de pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

A busca ou amostragem na literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em razão da amplitude no que tange à abrangência dos periódicos, especificamente nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A seleção do material para estudo foi realizada mediante os descritores “Educação em Saúde”, “Educação da População” e “Estratégia Saúde da Família”, inicialmente separados e em cada uma das bases de dados, e posteriormente combinados dois a dois com o termo booleano “AND”. A busca foi refinada utilizando os critérios de inclusão para a seleção da amostra: artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados; textos completos que abordasse a temática em questão, com enfoque multiprofissional; e idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram somente produções anteriores ao ano de 2010. Inicialmente, selecionaram-se o total de 402 produções científicas, que foram limitadas para 52 através da leitura do título, passando para 22 após a leitura dos resumos, pois apenas estes possuíam afinidade com o tema. Vale ressaltar que alguns textos foram encontrados em mais de uma das bases de dados selecionadas e os da MEDLINE foram descartados por não corresponderem ao objetivo do estudo.

Todas as etapas da pesquisa aconteceram durante o mês de março de 2015.

Para a coleta de dados utilizou-se o formulário como instrumento (Quadro 1) para obtenção das informações, tais como classificação na base de dados, título, objetivo, ano de publicação, modalidade, abordagem, instrumentos/técnicas, número de autores, categoria temática e resultado em evidências, que proporcionaram a caracterização das produções.

Quadro 1- Formulário para caracterização das produções e resultado em evidências

1. Nº declassificação na base de dados _____
2. Título _____
3. Objetivo _____
4. Ano de publicação _____
5. Modalidade _____
6. Abordagem _____
7. Instrumentos/ Técnicas _____
8. Número de autores _____
9. Categoria Temática _____
10. Resultado em Evidências _____

Fonte: elaborado pelas autoras

Foi realizada leitura completa e análise crítica dos estudos selecionados para verificar se respondiam plenamente à pergunta norteadora. Dos 22 textos, apenas 14 realmente atendiam aos critérios selecionados e foram incluídos. Os artigos foram organizados conforme o ano de publicação, partindo dos mais atuais. Os dados foram analisados de acordo com as temáticas “Educação em Saúde”, “Educação Popular em Saúde” e “Estratégia Saúde da Família”. Esta fase demandou uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

Para apresentar os resultados foram utilizadas duas tabelas, a primeira para mostrar a caracterização das produções de acordo com o ano, modalidade, abordagem, instrumentos/ técnicas e número de autores (Tabela 1), e a segunda para mostrar a distribuição dos estudos de acordo com o título, autores, periódicos, base de dados e categorias de abordagem temática (Tabela 2). Os resultados foram discutidos a partir da interpretação das categorias temáticas, comparando-os aos dados evidenciados na análise das produções e ao referencial teórico.

A apresentação da revisão integrativa obedeceu aos padrões do processo com rigor metodológico, conforme orientação de Botelho, Cunha e Macedo (2011), tais como: fontes de pesquisa; total de estudos; leitura de títulos, palavras chave e dos resumos; estudos selecionados; leitura na íntegra e exclusão dos que não atendiam ao objetivo; e caracterização e evidências dos estudos incluídos. A inclusão de uma sistemática e rigorosa abordagem do processo resulta na diminuição de vieses e erros e firma a revisão integrativa como instrumento válido e imperativo da Prática Baseada em Evidências (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3 RESULTADOS

Quanto à caracterização das produções: a maioria dos artigos foi publicado no ano de 2011 (05/35,7%), seguido por 2014 (04/28,5%); alguns artigos possuíam mais de uma modalidade, sendo que as que mais tiveram destaque foram a exploratória e exploratória/descritiva com o mesmo percentual cada uma (03/21,4%); quanto à abordagem, a predominância foi a qualitativa (11/78- 6); os instrumentos/técnicas utilizados nas pesquisa/estudos para a coleta de dados/informações foram bastante diversificados, sendo que a entrevista semiestruturada apresentou destaque (03/21,4%) e foi utilizada também em conjunto com outros instrumentos/técnicas; a maioria dos artigos possuía entre 02 (05/35,7%) e 04 (04/28,5%) autores.

Tabela 1- Caracterização dos artigos de acordo com o ano, modalidade, abordagem, instrumentos/ técnicas e número de autores

Caracterização das Produções	Nº	%
Ano		
2014	04	28,5
2013	02	14,3
2012	01	7,14
2011	05	35,7
2010	02	14,3
Modalidade		
Revisão Teórica	02	14,3
Exploratória	03	21,4
Descritiva	01	7,14
Exploratória/Descritiva	03	21,4
Relato de Experiência	01	7,14
Pesquisa-Ação	02	14,3
Pesquisa-Participante	01	7,14
Revisão Teórica/ Exploratória	01	7,14
Abordagem		
Quantitativa	01	7,14
Qualitativa	11	78,6
Não Especificou	02	14,3
Instrumentos/ Técnicas		
Integrativa	02	14,3
Questionário	01	7,14
Entrevista Semiestruturada	03	21,4
Entrevista/ Diário de Campo/ Arquivo de Áudio, Vídeo, Fotografia, etc	01	7,14
Entrevista/Observação	01	7,14
Entrevista/ Questionário Aberto	01	7,14
Oficina/ Dinâmicas	02	14,3
Grupo Focal/Observação/Diário de Campo	01	7,14
Círculo de Cultura	01	7,14
Não Especificou	01	7,14

Número de autores		
2	05	35,7
3	02	14,3
4	04	28,5
5	02	21,4
6	01	7,14
10	01	7,14

Fonte: elaborada pelas autoras

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, periódicos, base de dados e categorias temáticas

Título	Autores	Periódicos	Base	Categorias Temáticas
1. Educação em Saúde e cidadania: revisão integrativa.	<i>Ferreira, VF; Rocha, GOR; Lopes, MMB; Santos, MS; Miranda, SA.</i>	Trab. Educ. Saúde. v. 12, n.2, p.363-378, mai/ago.2014	SciELO	Educação em saúde: historicidade e bases conceituais; e educação popular como geradora de cidadania.
2. Participação Popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da Atenção Primária	<i>Oliveira, LC; Ávila MMM; Gomes, AMA; Sampaio MHLM</i>	Interface-Comun. Saúd. Educ.v.18 Supl.n.2, p.1389-1400. 2014.	LILACS SciELO	Ações de educação em saúde realizadas de forma pontual e metodologias tradicionais; e abordagens individuais não favoráveis à participação da população
3. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em Estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil.	<i>Prado, EV; Sales, C; Nomiya, S.</i>	Interface-Comun. Saúd. Educ.v.18 Supl.n.2, p.1441-1452. 2014.	SciELO	Evolução no processo de cuidado; humanização das relações entre profissionais e usuários; e compreensão do fazer em AB e satisfação profissional.
4. (Re)significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família.	<i>Oliveira, SRG; Wendhausen, ALP.</i>	Trab. Educ. Saúde. v. 12, n.1, p.129-147, jan/abr. 2014.	SciELO	Dificuldades em diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas; e fortes resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada.
5. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde.	<i>Marin, MJS; D; Rodrigues, LCR; Santos, SC; Santana, FHS; Amorin, DMR.</i>	REME Rev Min Enferm. v.17, n.3, p.500-504. jul/set. 2013.	LILACS	Dificuldade em exercer a cidadania; desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico; e indicações para desenvolver tais ações.
6. Ações de saúde na Estratégia Saúde da Família no município goiano na perspectiva da integralidade.	<i>Santana, FR; Santana, FR; Anjos, GV; Campos, TV; Lima, PCT; Lopes, MM; Lima, RP; Oliveira, NS; Weirich, CF; Fortuna, CM.</i>	Rev. Eletr. Enf. v. 15, n.2, p.422-429. abr/jun. 2013.	LILACS SciELO	Ações dos trabalhadores e articulação entre elas; a ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família; e atualização das equipes de Saúde da Família.

7.A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos.	<i>Braccialli, LAD; Vieira, TQ.</i>	Rev APS. v.15, n.4,p.412-420.out/dez. 2012.	LILACS	Grupos educativos voltados para a reprodução/ construção; dificuldades da realização dos grupos educativos; e concepção de reprodução dificulta consciência crítica das pessoas.
8.As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família	<i>Alves, GG; Aerts, D.</i>	Ciênc. Saúde Coletiva.v.16, n.1, p.319-325. 2011.	SciELO	As práticas educativas em saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.
9.A instrumentalização da Educação em Saúde na Atenção Básica.	<i>Araújo, VS; Dias, MD; Bustorff, LACV.</i>	Revista de Enferm. Referência, v.3, n.5,p. 7-17, dez. 2011. Revista de Enferm. Referência, v.3, n.5,p. 7-17, dez. 2011.	LILACS	Ações educativas participativas; multiplicaçõesde informações; grupos educativos ativos; dificuldades na implementação educativa.
10.Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente.	<i>Tesser, CD; Garcia, AV; Vendruscolo, C; Argenta, CE.</i>	Ciênc. Saúde Coletiva.n.16, v.11, p.4295-4306, nov. 2011.	LILACS SciELO	Promoção da saúde confundida com prevenção de doenças; e educação permanente com educação continuada; enfoque preventivo com transmissão unidirecional do conhecimento.
11.Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família.	<i>Pinafo, E; Nunes, EFPA; González, AD; Garanhani, ML.</i>	Trab. Educ. Saúde. v.9, n.2, p.jul/out. 2011.	LILACS SciELO	Modeloscurativo e tradicional na concepção e práticas de ES; os trabalhadores sentem-seeducadores, e consideramo aprendizado mútuo, presente apenas no discurso.
12.Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura	<i>Gomes, LB; Merhy, EE.</i>	Cad Saúde Pública.v.27, n.1, p.7-18, jan. 2011	LILACS SciELO	Contribuições da EPS para a ES; EPS - redes de apoio; e para fazer avançar a EPS nos serviços.
13.EPS a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de saúde da família.	<i>Maxta, BSB; Almeida, AB; Silveira, LB; Soleman, C; Oगत, MN.</i>	Trab. Educ. Saúde. v. 8 n.1, p.155-166, mar/jun. 2010.	SciELO	Política de humanização e da EPS; reconhecendo usuários e trabalhadores como atores de práticas; valorizada a cooperação.
14.Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.	<i>Fernandes, MCP; Backes, VMS.</i>	Rev Bras Enferm. v.63, n.4, p.567-573, jul/ago. 2010.	LILACS SciELO	Educação em saúde é reconhecida pelos como uma responsabilidade, contudo sua prática se depara comentraves culturais e ainda recebe pouco destaque no cotidiano de trabalho.

Fonte: elaborada pelas autoras

4 EVIDÊNCIAS E DISCUSSÃO

A análise das evidências permitiu identificar duas categorias relacionadas à Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde: evolução histórica e bases conceituais; e saberes e práticas.

4.1 Evolução histórica e bases conceituais

Para contextualizar os aspectos históricos da Educação em Saúde, faz-se necessário abordar as bases conceituais e a evolução ocorrida ao longo do tempo ao redor do mundo. Os primeiros conceitos apareceram na Europa, na segunda metade do século XIX, com a presença de epidemias relacionadas às condições de vida, quando realizavam ações disciplinares de difusão de regras de higiene e condutas morais destinadas às classes populares menos favorecidas. Nos Estados Unidos, em 1919, surge o termo Educação Sanitária, no qual as noções de higiene apresentavam caráter comportamentalista, propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais. No Brasil, do final do século XIX até meados do século XX, a prática educativa em saúde era coercitiva, também relacionada às normas de prevenção de doenças, orientados através do discurso higienista e intervenções normalizadoras destinadas ao controle de epidemias (SILVA et al., 2010; REIS; et al., 2013; GOMES; MERHY, 2011).

Segundo Silva et al. (2010), Alves e Aerts (2011), e Ferreira et al. (2014), entre 1903 e 1909, com a crescente urbanização das cidades proporcionada pela industrialização, emerge o movimento higienista brasileiro liderado por Oswaldo Cruz, apresentado caráter “autoritário”, utilizou recursos como a vacinação compulsória, confinamento de enfermos em desinfetório e a vigilância sobre as atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças e epidemias. A Educação em Saúde era colocada em segundo plano, resumida a memorização de versos de higienização e atribuía ao indivíduo total responsabilidade por sua saúde, mostrando que eles eram os únicos culpados pelas doenças que sofriam.

De acordo com Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010); Alves e Aerts (2011), na década de 1920, lideradas por Carlos Chagas, as ideias de Educação Sanitária trazidas dos Estados Unidos resultaram na redução do poder de polícia, reforma dos serviços de saúde pública de São Paulo e na transmissão de consciência sanitária. As práticas educativas eram verticalizadas, não havendo interação entre educador e educando, fundamentavam-se no referencial biologicista do processo saúde-doença, ou seja, o foco era a doença e a intervenção curativista. Nessa concepção de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, desfavorecendo-os de criar e de atuar, pois os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador, comprometendo a qualidade do conhecimento. Os educandos são levados a enxergar a sua realidade sob a ótica do educador e não com a sua, por meio da invasão cultural, que é indiscutivelmente alienante, e assim, quanto mais alienados se tornarem os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores (FREIRE, 2011b).

Com a criação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) em 1942, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolver os indivíduos no processo educativo, com a criação de grupos de Educação Sanitária específicos, apesar de continuar tendo como foco a prevenção de doença e esta como

fenômeno individual. Mais um avanço foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1945, o conceito de saúde deixou de ser ausência de doença, passando para o mais completo bem estar físico, mental e social. Em 1960, com o advento da medicina de comunitária, observava-se o mesmo discurso de culpabilidade, mas passando do indivíduo para a coletividade e camuflado pela concepção “populista”, que visava manipular o educando, perpetuando a relação de dependência e inferioridade do educando (SILVA et al., 2010; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010; GOMES; MERHY, 2011; ALVES; AERTS, 2011).

Segundo Gomes e Merhy (2011), Oliveira et al. (2014), Ferreira et al. (2014), na década de 1970 eclodiram muitos movimentos nos quais os profissionais de saúde se engajaram, baseados em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, inspirados nos conceitos da educação popular, sistematizados inicialmente por Paulo Freire e depois por uma área de produção de conhecimentos vinculados às suas práticas, denominada Educação Popular em Saúde. Contrapondo a ideia bancária de transmissão do conhecimento, tem-se a educação problematizadora, a Educação em Saúde deixa de ser informar para a saúde através da imposição do saber técnico-científico e passa a ser transformar saberes existentes, visando autonomia e responsabilidades dos atores sociais através de práticas emancipatórias, dialógica e de construção do conhecimento para promoção, manutenção e recuperação da própria saúde (FREIRE, 2011a).

Segundo Gomes e Merhy (2011), a década de 1980 trouxe uma importante abertura política e proporcionou um grande marco nas políticas de saúde do Brasil que aconteceu em 1990, a regulamentação do SUS, culminado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 e desencadeado pela Constituição Federal de 1988. A década de 1990 foi de lutas pela efetiva implementação e expansão do SUS e foi marcada por várias conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, além da regulamentação mais detalhada da estrutura e funcionamento do SUS por meio de inúmeras portarias e leis, das normas operacionais básicas e de assistência à saúde.

Em 1991, no campo da Educação Popular em Saúde, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências, organizaram-se em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS), que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo. Em 1998, a ANEPS muda de nome para Rede de Educação Popular e Saúde (REPS), a qual passa a representar um espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Para garantir os princípios do SUS e a reestruturação da APS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, remontando ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, passando a família a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Em 2006 o PSF consolida-se como ESF e em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB) teve a revisão de suas diretrizes e normas, retratando-se como ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (OLIVEIRA et al, 2014; SANTANA et al., 2013; BRASIL, 2012a).

A PNAB caracteriza e define as especificidades da ESF, tais como ser composta por equipe multiprofissional com atribuições comuns e específicas, responsável por número determinado de famílias sob sua adscrição, considerando a dinamicidade do território, auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético do acolhimento. Dentre as atribuições comuns a todos os trabalhadores da ESF encontram-se realizar ações de Educação em Saúde para a população adscrita, que devem ser trabalhadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, pois a presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (FERNANDES; BACKES, 2010; SANTANA et al., 2013; BRASIL, 2012a).

O ano de 2003 destaca-se como aquele em que inaugurou a aproximação da Educação Popular em Saúde da gestão federal. Esteve articulada inicialmente à Política de Educação Permanente (PEP) para o SUS, coordenada pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGETS), tendo papel de contribuir com a qualificação da participação popular e com a formação para o trabalho em saúde. Foi tema e um dos assuntos deliberados durante a 12ª CNS em 2004, contribuindo para sua inserção em 2005, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), proporcionando assim mudanças significativas no campo institucional por meio da participação social, fortalecendo sua identidade com a democratização do SUS, através da formulação da ParticipaSUS (ALVES; AERTS, 2011; BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

Segundo Alves e Aerts (2011), e Bonetti, Chagas e Siqueira (2014), com o intuito de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de Educação Popular em Saúde, bem como de fortalecer o apoio e a visibilidade de suas práticas no contexto do SUS, para uma gestão participativa de fato, a SGEP instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), composto por sociedade civil com 28 membros titulares e respectivos suplentes, com representação de 13 movimentos populares, duas entidades dos movimentos representativos dos gestores e nove representações de áreas técnicas do MS. Durante o processo, reuniões regionais congregaram mais de mil participantes em todo o país, com forte participação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Com o objetivo de estimular a institucionalização das práticas e os princípios da Educação Popular em Saúde, contribuindo assim com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, seja pela agregação de valores culturais, pela incorporação de práticas e saberes que estão na sociedade e nos movimentos populares a SGE/MS publicou a Portaria nº 2.979/2011 que repassa recursos federais às gestões estaduais para implementação da ParticipaSUS, estabelecendo como uma das metas a implementação de Comitês de Educação Popular em Saúde e Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL, 2011).

Na 14ª CNS em 2012, o Espaço Paulo Freire destacou-se como um dos ambientes mais propícios à liberdade de expressão e à construção de conhecimento em saúde a partir da integração dos diversos saberes, da promoção da cultura popular e principalmente de partilha de experiências e discussão de temas relevantes para a garantia do direito à saúde e o desenvolvimento participativo do SUS. Destaca-se no seu relatório final, na diretriz relacionada à gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS, a deliberação da necessidade de implementação da PNEP, com a criação de comissões estaduais (BRASIL, 2012b).

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de maio de 2013, a portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS. A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013).

A PNEPS-SUS tem como objetivo implementar a EPS âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. Desta forma, pretende-se promover o diálogo e a troca de práticas e saberes populares e técnico-científico, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras. Seis princípios orientam a PNEP-SUS: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. E conta com quatro estratégicos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

4.2 Saberes e práticas

O processo histórico demarcou as características definidoras dos saberes e práticas da Educação em Saúde, iniciando pela hegemonia do poder das classes sociais

privilegiadas e pelos interesses econômicos estabelecidos, e tem sido permeado pelas lutas socioeconômicas e culturais dos atores envolvidos para o respeito ao direito universal da saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado garantido pela Constituição, bem como aos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Ferreira et al. (2014) afirmam que atualmente, ainda vivenciamos a herança do modelo cartesiano, o qual influencia o pensamento médico, desenvolvendo um enfoque reducionista e mecanicista que defende a ideia de que educar é para apenas prevenir. Diante desse paradigma biomédico, as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo, pois ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Freire (2011b) refere que os profissionais baseiam-se em uma educação bancária, na qual se percebe uma metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora. O educador possui visão alienante, o que o leva a exercer posições fixas, invariáveis e imutáveis, impedindo que a prática e o conhecimento sejam processos de busca permanente.

Estudo realizado por Pinafo et al. (2011) em um município do norte do Paraná entre abril e julho de 2009, utilizando a observação e a entrevista como técnicas para coleta de informações, intitulado “Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família” mostrou que os modelos curativos e de transmissão do conhecimento encontram-se fortemente arraigados na concepção e nas práticas de Educação em Saúde, prevalecendo uma relação vertical, impositiva, superior, na qual o profissional é o detentor do saber; esses trabalhadores sentem-se educadores, e observa-se uma postura que considera o processo de trabalho educativo voltado para o aprendizado mútuo e o respeito aos conhecimentos prévios da população, porém essa percepção encontra-se presente somente em seu discurso, sendo vários os entraves para isso, dentre eles a formação profissional e a falta de apoio da gestão.

Outra pesquisa, do tipo investigação-ação em cinco Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE), no período 2009 a 2011, que objetivou analisar a participação popular nas ações de Educação em Saúde na ESF, com trabalhadores de saúde e usuários, identificou-se que essas práticas eram realizadas de forma pontual, na maioria com metodologias tradicionais e abordagens individuais que não favoreciam a participação da população, evidenciando a falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas ações, bem como a sobrecarga de trabalho dos trabalhadores como um dos principais fatores para a perpetuação das práticas normativas (OLIVEIRA et al., 2014).

De acordo com Ferreira et al (2014), para a efetivação de uma Educação em Saúde que contribua para o desenvolvimento de práticas críticas reflexivas, é necessário considerar a necessidade de definir campos de ação para a promoção da saúde, tais como construção de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; e reforço da ação comunitária, por meio da responsabilidade social. Essa opção deve estar fundamentada na análise da reali-

dade que se faz mediante a identificação de problemas e das necessidades de saúde da população, para então estimular a reflexão crítica da realidade, sendo necessárias ações de Educação em Saúde voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Marin et al. (2013) mostra o desdobramento de atividades realizadas por um grupo de estudantes, tutores e preceptores, que compõe uma proposta do Projeto PET-Saúde da Faculdade de Medicina de Marília em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Marília, revelaram os motivos da não adesão de uma comunidade às ações educativas, através de entrevistas realizadas com usuários que, convidados para ações educativas em grupo, não compareceram, possibilitando a análise de núcleos de sentido, os quais revelaram a dificuldade em exercer a cidadania e o desenvolvimento de ações incompatíveis com os desejos e possibilidades da comunidade; o desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico permeando as ações de saúde e indicações para desenvolver tais ações; possibilidades de se obter maior adesão às ações educativas, tais como aumento do número das reuniões, ampliar a divulgação, melhor comunicação e diversificação das temáticas discutidas.

Evidencia-se a necessidade de profissionais conscientes de sua importância social e política, sendo imprescindível visualizarem-se como educadores em saúde, mediadores na compreensão dos indivíduos como seres que têm o poder de modificar sua realidade (FERREIRA et al., (2014). Frente aos desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde ao se vislumbrarem mudanças no modelo de atenção, acredita-se na necessidade de rever o processo de trabalho da equipe e reconhecer que as mudanças acontecem, necessitando assim de reflexão e sensibilização para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras e a Educação Permanente é imprescindível para ampliar as habilidades dialógicas (MARIN, et al., 2013; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Uma pesquisa realizada por Bracciali e Vieira (2012), através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aleatoriamente em vinte profissionais (médico, enfermeiro e dentista) das ESFs das quatro regiões do Município de Marília (SP), no período de março a maio de 2011, intitulada “A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos” apontaram diferentes concepções de grupos educativos, na visão da Educação em Saúde, uma mais voltada para a concepção de reprodução e outra para a de construção. As grandes dificuldades da realização dos grupos educativos apontadas pelos profissionais de saúde estão presentes desde a formação até a execução da prática profissional nos serviços. Por outro lado, os profissionais que tiveram experiências de grupos educativos em sua formação, lidaram melhor com as dificuldades encontradas no seu cotidiano profissional.

Reafirmando essa situação, outro estudo realizado por Oliveira e Wendhausen (2014) no período de março a junho de 2010, com trabalhadores de três equipes de ESF de um município do litoral paranaense, objetivando conhecer a concepção e vivência deles sobre Educação em Saúde, revelaram as dificuldades dos sujeitos em

diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas e como são fortes os resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada.

A formação dos profissionais de saúde, na sua maioria, no ensino tradicional, sustenta que conhecimentos e valores sociais sejam repassados de forma linear, com verdades absolutas inquestionáveis por meio de exposições e demonstrações. Após a formação, esses profissionais reproduzem o mesmo método, principalmente divulgando informações através de palestras e fazem dos grupos, um reduto onde o educador ensina e o educando aprende. A concepção de reprodução de Educação em Saúde dificulta o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. O trabalho em grupo é um processo que possibilita o desenvolvimento da autonomia da pessoa que, de alguma forma, encontrará o melhor momento e forma de se cuidar (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Segundo Freire (2011a) é necessário perceber que educar é mais que passar informação, o profissional/educador deve ser capaz de testemunhar seu gosto pela vida, sua esperança num mundo melhor, atestar sua capacidade de luta, seu respeito pelas diferentes realidades, sua consciência da presença que assume no mundo. A Educação Popular em Saúde tem como objetivo a comunicação bilateral que envolve educador e educando num processo dialógico, no qual ambos devem contribuir para a construção do conhecimento, auxiliando a libertação dos sujeitos, para que possam ser atores sociais capazes de realizar opções construtivas para si e para a sociedade de maneira em geral.

Estudo realizado por Santana et al. (2013), em 2010 com profissionais de saúde de duas ESF de um município goiano mostrou que a ESF não funciona como deveria; que as ações desenvolvidas pelos trabalhadores não partem de projeto em comum construído frente às necessidades de saúde da comunidade; e ainda que a atualização de conhecimento acontece de forma isolada, por categoria profissional, e não possibilita mudança e articulação com o processo de trabalho. Outro estudo desenvolvido junto a profissionais da ESF entre 2007 e 2009 na Grande Florianópolis (SC) por Tesser et al. (2011), evidenciou dentre outros problemas que a Educação Permanente tem sido confundida com Educação Continuada, que seria atualizar conteúdos para qualificação da prática e torná-los fiéis transmissores do conhecimento, estando ambas pouco presentes no trabalho desses profissionais e ainda que desconhecem a proposta da primeira, produzida pela saúde coletiva e adotada pelo SUS.

A Educação Permanente com embasamento da educação dialogical-libertadora pode ser uma importante ferramenta para realinhar a formação deficiente, devendo embasar-se num processo pedagógico que contemple toda a equipe, desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores e que seja significativa, ou seja, considere elementos que façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2011a).

Alguns estudos mostram avanços, tais como este “Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire” de Fernandes e Backes (2010) realizado em uma ESF de Cachoeira do Campo (MG), desenvolvido através de círculos de cultura demonstraram que o trabalho em equipe é um ponto primordial, que a Educação em Saúde é uma responsabilidade, que se consideram agentes promotores dessa educação e que o respeito mútuo entre usuários e equipe é importante, apesar de sua prática ainda deparar-se com entraves culturais e receber pouco destaque no cotidiano de trabalho.

A consciência da importância do trabalho em equipe, do respeito entre equipe e usuários e que a Educação em Saúde é uma responsabilidade que o profissional de saúde precisa assumir é um grande passo para a libertação e enfrentamento dos entraves encontrados para reorganização da ESF embasada nos princípios de transformação da realidade. Freire (2011a) afirma que a libertação é um parto doloroso, entretanto sua viabilidade é através da superação da realidade que oprime e que mesmo limitrofe o homem é capaz de transformar através do diálogo e da conscientização, objetivando formar cidadãos transformadores da ordem social, econômica e política injustas.

Maxta et al. (2010) mostra um relato de experiência apresenta a atividade “bingo da saúde” como proposta diferenciada de gestão participativa e cuidado numa ESF de São Carlos (SP), articulada com os pressupostos da política de humanização e da Educação Popular em Saúde, com foco na democratização e na descentralização da gestão e cuidado, reconhecendo os usuários-cidadãos e os sujeitos-trabalhadores como atores de práticas coletivas no âmbito comunitário. É valorizada a cooperação e a disposição coletiva que permitem partilhar saberes e práticas de saúde, através do jogo denominado “bingo”, onde são destacados temas, falas, pensamentos e interações como meio comum de expressões e significações comunitárias para os momentos da unidade de saúde. Esse processo vem permitindo o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e usuários, a troca de saberes para a gestão em saúde em seus conselhos locais, e principalmente mostrando que é possível fazer acontecer de forma diferente.

Temos outras experiências exitosas, tais como mostra Araújo, Dias e Bustorff (2011), através de pesquisa exploratória e quantitativa realizada em uma ESF de Campina Grande (PB), objetivando apresentar a atuação dos profissionais de saúde nas ações educativas e identificar como os mesmos as instrumentalizam, os resultados evidenciaram que as ações educativas são praticadas numa perspectiva participativa e agregada a multiplicações de informações, que os grupos ativos recebem apoio necessário, que as informações são bem compreendidas e os instrumentos metodológicos diversificados, colaborando para o seu sucesso. Outro estudo, realizado em Rio Negro (MS) que investigou a contribuição da Educação Popular para a reorganização da Atenção Básica, através de entrevistas com usuários e profissionais de uma ESF, diários de campo, arquivos de fotografias, áudio, vídeo, publicações, relatórios e informações de um blog. A análise dos dados evidenciou evolução no processo de cuidado,

humanização das relações entre profissionais e usuários, compreensão do fazer em APS à saúde e satisfação profissional, constatando que a Educação Popular é coerente e positiva para a ESF atingir seus pressupostos (PRADO; SALES; NOMIYAMA, 2014).

A Educação Popular em Saúde propicia o encontro entre profissionais de saúde e usuários, fomenta o diálogo e a troca de experiência, oportuniza momentos de reflexão que possibilitam o aprendizado consciente, sem o intuito de controlar suas vidas. As práticas de saúde decorrem de experiências contínuas de ensino-aprendizagem, de construções do saber em movimento que influenciam na tomada de decisão dos indivíduos, e da valorização de aspectos culturais e dos diferentes níveis socioeconômicos e políticos. Os profissionais de saúde devem utilizá-la como instrumento de transformação ou reconstrução dos seus saberes e práticas, perpassando todos os aspectos do viver humano, consolidando assim a ESF como caminho de reestruturação da APS, e assegurar os direitos Constitucionais e os princípios do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão integrativa proporcionou conhecer a fundamentação teórica de diversos autores acerca de “Educação em Saúde”, “Educação Popular em Saúde” e “Estratégia Saúde da Família”, proporcionando as evidências das temáticas “Historicidade e bases conceituais”, bem como “Saberes e práticas” da Educação em Saúde. Embora timidamente, observa-se o progresso nas concepções e modo de fazer a História da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde na ESF, de modo que todos os atores envolvidos sejam corresponsáveis pela própria saúde, partindo do diálogo e da reflexão crítica para a reconstrução socioeconômica e política desencadeada pela promoção da saúde e que proporciona qualidade de vida. Quanto ao processo histórico e marcos conceituais, uma lacuna que existe é sobre a abordagem da PNEPS-SUS, provavelmente devido a sua institucionalização recente, mas os saberes e práticas mostram ainda que incipiente seu processo de implementação.

As produções mostrarem fortes influências do modelo hegemônico hospitalocêntrico curativista e do modelo autoritário de transmissão do conhecimento, trazidos da formação deficiente da maioria dos profissionais de saúde e perpetuada nos dias atuais. As práticas educativas ainda são guiadas pela prescrição de comportamentos adequados para ter saúde, onde inexistente o diálogo e a reflexão, não há questionamento ou relação desses conteúdos com a realidade comunitária, não proporciona a criação de vínculos entre a equipe da ESF e usuários, não tendo assim como contribuir para a diminuição das iniquidades e edificação de novas perspectivas sociais e de saúde.

Outros estudos evidenciaram certa flexibilidade e entendimento dos profissionais de saúde da importância de um processo de trabalho educativo voltado para o aprendizado mútuo, respeito ao conhecimento prévio da população e à diversidade cultural, apesar dessa percepção encontrar-se presente apenas no discurso, necessitando assim ser incorporada à prática das equipes da ESF. O papel do profissional de saúde é in-

questionável como sujeito propulsor do processo educativo, bem como das conquistas no âmbito de ressignificação de suas práticas educativas, voltadas para a promoção da saúde e em consonância com a tendência libertadora do modelo de educação, reconhecendo o contexto de vida dos usuários e potencializando a capacidade de conduzir a vida de forma saudável em direção à autonomia e ao estímulo do autocuidado.

Algumas experiências mostraram a evolução no processo de educar com embasamento da Educação Popular em Saúde, reconhecendo-a como importante ferramenta para reestruturação e consolidação da ESF. Esses exemplos mostraram que apesar de complexo, devido à ruptura com paradigmas conservadores existentes, é viável e possível reconstruir saberes e práticas de Educação em Saúde, promovendo mobilização dos atores na transformação das injustiças vigentes em direção a uma sociedade mais igualitária e fraterna, ressignificando o papel de cidadãos, envolvendo não apenas os profissionais de saúde e usuários nesse processo, mas a gestão e outros setores da sociedade.

Considera-se que o processo de mudanças acerca de saberes e práticas educativas na ESF não acontecem aos saltos, ao contrário, têm acontecido de forma paulatina. Vários esforços são necessários, tais como investimentos da gestão, formação e educação permanente, reestruturação do processo de trabalho, diagnóstico situacional e planejamento das ações, fortalecimento do controle social, avaliação participativa no SUS e aprimoramento de tecnologias de gestão e cuidado. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a reflexão e redirecionamento de saberes e práticas de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde e suscitar novos estudos.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.319-325. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

ARAÚJO, V.S.; DIAS, M.D.; BUSTORFF, L.A.C.V. A instrumentalização da Educação em Saúde na Atenção Básica. **Rev. Enferm. Ref.** v.3, n.5, p.7-17, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln5/serlln5a01.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BONETTI, O.P.; CHAGAS, R.A.; SIQUEIRA, T.C.A.S. A Educação Popular em Saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc.** Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 07 mar. 2015.

BRACCIALLI, L.A.D.; VIEIRA, T.Q. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS.** v.15, n.4,p.412-420, out./dez. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686952>Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde- SUS, especialmente para implantação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (Participa-SUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais- CIR e do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União, 2011.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS- SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- PNEPS-SUS. **Diário Oficial da União, 2013.**

FERREIRA, V.F.; ROCHA, G.O.R.; LOPES, M.M.B.; SANTOS, M.S.; MIRANDA, S.A. Educação em Saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, mai./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a09v12n2.pdf>Acesso em: 09 mar. 2015.

FERNANDES, M.C.P; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.** v.63, n.4, p.567-573, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FIGUEIREDO, M.F.S., RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de Educação em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.63, n.1, p.117-121. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>Acesso: 14 mar. 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 14 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura. **Cad. Saúde Pública.**v.27, n.1, p.7-18, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>Acesso em:11 mar. 2015.

GIOVANELLA, M.; MENDONÇA, H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MARIN, M.J.S.; MORACVICK, M.Y. A.D.; RODRIGUES, L.C.R.; SANTOS, S. C.; SANTANA, F. H. S.; AMORIN, D. M. R. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. **REME Rev. Min. Enferm.** v.17, n.3, p.500-504, jul./set. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-711401> Acesso em: 09 mar. 2015.

MAXTA, B.S.B; ALMEIDA, A.B.; SILVEIRA, L.B.; SOLEMAN, C.; OGATA, M.N. Educação Popular em Saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma Unidade de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p.155-166, mar./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/09.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2015.

OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; GOMES, A.M.A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação popular nas ações de Educação em Saúde: desafios para os profissionais da Atenção Primária. **Interface-Comun. Saúd. Educ.** v.18, n.2, p.1389-1400. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a09v20n4.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2015.

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re)significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/08.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; GONZÁLEZ, A.D.; GARANHANI, M.L. Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.201-221, jul./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf>. Acesso em 09 mar. 2015.

PRADO, E.V.; SALES, C.; NOMIYAMA, S. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em Estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Interface-Comun. Saúd. Educ.** v.18, n.2, p.1441-1452. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1441.pdf> Acesso em: 07 mar. 2015.

PULGA, V.L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REIS, T.C.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SOUZA, L.P.S.S.; SILVA, R.S.; AMARAL, A.K.M.; MESSIAS, R.B.; LEITE, M.T.S.; RODRIGUES NETO, J.F.R. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **J. Health Sci. Inst.** v.31, n.2, p.219-23. 2013. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf Acesso em: 18 mar. 2015.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J. Health Sci. Inst.**

v.28, n.4, p.321-324, out./dez. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-598724>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SANTANA, F.R.; ANJOS, G.V.; CAMPOS, T.V.; LIMA, P.C.T.; LOPES, M.M.; LIMA, R.P.; OLIVEIRA, N.S.; WEIRICH, C.F.; FORTUNA, C.M. Ações de saúde na Estratégia Saúde da Família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.422-429. abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v15n2/15.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIADLHE, F.L. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2539-2550. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf. Acesso em: 07 mar. 2015.

TESSER, C.D.; GARCIA, A.V.; VENDRRUSCOLO, C.; ARGENTA, C.E. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4295-4306, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2015.



Práticas de educação em saúde dos profissionais da estratégia saúde da família de Barbalha, Ceará

*Maria Darcylene de Sousa Feitosa
Maria de Fátima Antero S. Machado
Francisco Pereira Júnior Feitosa
José Maria Ximenes Guimarães
Mirna Neyara Alexandre de Sá B. Marinho*

I INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde constitui instrumento potente para desenvolver a Promoção da Saúde no território da Estratégia Saúde da Família – ESF. Para tanto, deve viabilizar uma aprendizagem que seja significativa e conduzir os usuários até o autocuidado e a intervirem para o bem-estar da família e da comunidade.

Destaca-se o fato de que a Promoção da Saúde, no Brasil, é uma política de governo, que, dentre os vários aspectos, requer dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS iniciativas como a Educação em Saúde, considerando metodologias participativas e o saber popular, com o objetivo de desenvolver nos cidadãos a capacidade do querer se cuidar e intervir no meio de forma crítica e efetiva, com intuito de ter uma vida saudável (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, um evento educativo em saúde representa uma ação para intercambiar significados, logo, as ações educativas somente alcançarão os objetivos almejados se forem desenvolvidas de forma a propiciar a aprendizagem significativa (MOREIRA, 2000).

Entende-se por aprendizagem significativa aquela que valoriza o que o aprendiz já experienciou, já sabe, e essa forma de aprender conduz o aprimoramento do ser humano por desenvolver a integração construtiva entre o pensamento, sentimento e ação na transformação da realidade social (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Nestes termos, para que ocorra aprendizagem significativa, é essencial que haja oferta de um novo conhecimento estruturado de maneira lógica, que existam conhecimentos relevantes na estrutura cognitiva a pos-

sibilitarem a conexão com o novo conhecimento e ainda que o usuário tenha disposição para aprender (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Considera-se que a aprendizagem será significativa quando assume como referência os conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos envolvidos no processo. Desse modo, o que as pessoas aprendem com os profissionais de saúde nos momentos educativos faz sentido para a tomada de decisão referente às práticas de saúde.

No âmbito da ESF, como reorientadora do modelo de atenção à saúde, as práticas de Educação em Saúde constituem atribuições dos profissionais, cuja execução concorre para sua consolidação. As ações educativas, no entanto, devem ter aprendido com significado, conteúdos contextualizados e críticos que possibilitem ampliar a melhoria das condições de saúde individual e coletiva (ALVES; AERTS, 2011).

Com efeito, o trabalhador da ESF, no desenvolvimento de ações educativas, assume a função de facilitador do processo de aprendizagem, na medida em que tem melhor percepção da realidade por estar junto à comunidade (BRASIL, 2009). Isto, por sua vez, requer a adoção do entendimento de que os usuários precisam compreender a importância prática dos temas abordados, para perceber que o conhecimento estabelecerá o diferente no seu cotidiano.

Assim, a Educação em Saúde não deverá ser vista apenas como mais uma das práticas a ser realizada pela ESF, e sim ser pensada e desempenhada como uma prática social, com valorização das experiências individuais e de grupos sociais nos diversos contextos da realidade, por meio de processos participativos e intersetoriais que contribuam para a construção de autonomia dos usuários nas práticas de saúde, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde da comunidade.

Não obstante, Machado e Vieira (2009), defendem o argumento de que os profissionais devem ampliar o entendimento sobre a Educação em Saúde, em especial acerca do uso de estratégias educativas culturalmente significativas, levando a cabo o intuito de que a participação e a decisão de mudança de comportamento em saúde dos usuários sejam livres e conscientes.

Com base nessas considerações, tem-se o seguinte questionamento: os profissionais da ESF desenvolvem práticas de Educação em Saúde baseada nos princípios da aprendizagem significativa com vistas à Promoção da Saúde?

Assume-se, portanto, como objeto deste estudo as práticas dos profissionais da ESF acerca da Educação em Saúde, tomando como referência o princípio da aprendizagem significativa, tendo como objetivo analisar as práticas educativas no Município de Barbalha, Ceará.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativo-descritiva, desenvolvido no Município de Barbalha, no Estado do Ceará, tendo-se como cenário as 22 equipes da Estratégia Saú-

de da Família (ESF). Participaram desta investigação as 13 equipes que atuam na zona urbana, compostas por 39 profissionais. Destes, foram entrevistados 34, dos quais 13 enfermeiros, 12 médicos e nove dentistas, que atenderam os critérios de inclusão: ser de nível superior e pertencerem às equipes da zona urbana. Os critérios de exclusão foram fazer parte da zona rural e estarem de licença e ou férias.

A coleta dos dados foi realizada utilizando a observação sistemática e entrevistas semiestruturadas, gravadas mediante autorização dos informantes do estudo e transcritas na íntegra. Apenas três profissionais não autorizaram a gravação e os dados foram registrados manualmente pela primeira autora e lidos para que os entrevistados confirmassem os seus posicionamentos.

Optou-se, como procedimento de organização de dados, pelo método de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2010). Procedeu-se à análise dos dados à luz do referencial teórico da aprendizagem significativa de David Ausubel e de outros autores que tratam desta temática, bem como da literatura acerca da Educação em Saúde. Como resultado, emergiu a categoria - Ações educativas desenvolvidas na atenção primária em saúde: análise sob a perspectiva da aprendizagem significativa.

O estudo respeitou os ditames da Resolução Nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer Nº 458.995.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 34 profissionais, dos quais 23 eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 25 a 29 anos. Relativamente à formação, apenas 13 eram especialistas em Saúde da Família. Destaca-se um número significativo de profissionais com especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O tempo de atuação da maioria variou de um a cinco anos. Concursados foram oito profissionais, os demais eram contratados. Com relação à formação que trate de processos de ensino-aprendizagem, alguns profissionais referiram experiência na docência.

Este perfil indica profissionais de saúde da Atenção Básica formada por uma equipe de adultos jovens, com uma força de trabalho basicamente feminina e com especialidades não relacionadas à Saúde Pública. Logo, o número de profissionais ainda sem especialização em Saúde da Família, pode, de algum modo, implicar a dificuldade de uma boa atuação desses junto aos usuários, já que, estando mais respaldados para atuação na ESF, ensejam maior confiança e interação com a clientela. A precarização do trabalho também pode interferir no compromisso, no vínculo e em um melhor desempenho das ações assistenciais e educativas. É importante destacar o fato de que conforme Cecim e Feuerwerker (2004), os serviços de saúde constituem-se em espaços altamente complexos e que requerem preparação e vínculo. Acrescentam que, para se ter também a adesão dos profissionais que compõem esse espaço, é neces-

sária aprendizagem significativa também por parte deles, o que levaria a uma mudança dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços.

No que se refere às práticas educativas, o material empírico convergiu para a categoria: ações educativas desenvolvidas na Atenção Primária em saúde: análise sob a perspectiva da aprendizagem significativa.

Evidenciou-se que os processos educativos nos serviços são realizados de modo individual e coletivo. Com relação às práticas educativas desenvolvidas de forma individualizada, denota-se que, principalmente, a categoria médica em sua maioria, refere realizar ações educativas apenas em âmbito individual, justificada pela grande demanda, sobretudo nos momentos das consultas nas unidades básicas de saúde.

A demanda para consultas é muito grande e eu acho que a gente pode fazer educação em saúde em cada consulta, assim individualmente. Aqui não tem abordagem coletiva, pelo menos na minha parte, não! (P-16).

Partindo do entendimento que a educação em saúde é a realidade médico paciente, que tudo sai daí em educar, conduzo com didática diferente, anexando a medicação, a receita e orientando, porque muitos não sabem ler e a gente vai até o limite deles (P-18).

As ações educativas deverão permear todas as atividades desenvolvidas na ESF. Essas ações são inerentes à atividade laboral com vistas a transformar não somente o usuário, como também o trabalhador e o processo de trabalho (PINAFO; NUNES; GONZALES, 2012).

No atendimento individual, é imprescindível que se realizem ações de Educação em Saúde, porém, isso se efetua, prioritariamente, no momento em que as pessoas procuram atendimento nos serviços de saúde e com fundamento nas questões biológicas, realizando-se de forma retardatária, quando muitas vezes o curso da doença é avançado, perdendo grande oportunidade da ação de proteção e promoção da saúde (ROECKER; MAR—COM, 2011).

Apesar das orientações serem realidades educativas no trabalho, ainda acontecem embasadas nas concepções pedagógicas de transmissão com temas mais relacionados às questões de doença e menos à Promoção da Saúde. Deste modo, não se percebe no fazer cotidiano um avanço na melhoria das ações educativas (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). A atenção à saúde prestada na instituição pública, integrante do SUS, consoante suas diretrizes, deve ter caráter emancipador com reorientação da conduta dos profissionais, tendo em vista que a função primordial da ESF é Promoção da Saúde (TADDEO et al., 2012).

Logo, há necessidade de refletir sobre a contradição entre a proposta da ESF e a atuação dos profissionais, quando estes privilegiam as atividades educativas individuais em detrimento das ações coletivas, sobressaindo a Medicina Curativa em vez

das ações de âmbito coletivo direcionadas à prevenção e promoção da saúde (ALMEIDA et al., 2011).

Na prática da Educação em Saúde na ESF, questiona-se qual é efetivamente o papel dos profissionais envolvidos, pois deverá ser capaz de desenvolver nos usuários reflexões não só sobre a doença, mas também acerca das causas de seus problemas de saúde, priorizando o desencadeamento do diálogo (ALVES; AERTS, 2011).

A ESF exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença e, sobretudo, modos de intervenção que vão além da prática curativa e individualizada (TADDEO et al., 2012).

Trabalhar as ações educativas não somente de forma individual, como também em grupos, com práticas integrais e dialógicas, é fato justificado, sobretudo, pela grande oportunidade de aprendizado conjunto, que resulta em ações de Promoção da Saúde.

A atenção individualizada, relatada nas ações de Educação em Saúde, e também percebidas durante as observações nas unidades de saúde, demonstra fragilidade dessas ações para aprendizagem que desenvolva autonomia nos usuários.

Essa forma de orientar pode ter relação com o perfil dos profissionais do estudo, em especial, os profissionais médicos, cuja formação era centrada em especialidades e com precariedade de vínculo empregatício, uma vez que alguns dos profissionais entrevistados atuavam à base de contratos temporários, o que dificulta envolvimento e maior influência na comunidade adscrita.

Salienta-se a necessidade de incentivar a mudança das práticas educativas desses profissionais, bem como assegurar um vínculo empregatício efetivo, propiciar educação permanente, fomentar o desenvolvimento de estratégias educativas que incentivem o diálogo entre profissionais e comunidade, desenvolvendo nos usuários a capacidade de exercer o seu protagonismo.

Dentre as ações educativas desempenhadas de forma coletiva pelos profissionais da ESF, foram mencionadas com destaque as palestras realizadas, principalmente, em sala de espera e escolas, rodas de conversas, formação de grupos, oficinas e fóruns desenvolvidos também no contexto da problemática local.

É feita palestra com aula expositiva, troca de ideias, onde se expõem aqueles conceitos, onde tem o concreto (P-17).

A gente fez atividade educativa sobre alcoolismo, aqui no bar. Foi uma roda de conversa, tirando deles, perguntando, depois realizamos oficinas (P-26).

As práticas grupais de Educação em Saúde são indispensáveis para as ações de Promoção da Saúde por constituírem uma fonte de aprendizado e interação dos seus membros. Algumas equipes utilizam metodologias facilitadoras de aprendizagem, com dinâmica de interação, onde foram vistos usuários participando ativamente.

Grupos educativos são alicerces que reorientam a atenção à saúde em uma perspectiva de romper com o paradigma biologicista e curativista (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). Favorecem o aprimoramento dos envolvidos, por valorizarem os diversos saberes e por serem espaços de articulação das várias dimensões da vida.

Coerente com as ações de Educação em Saúde na ESF, as rodas de conversas são estratégias importantes para aprender, de modo mais significativo, bem como as oficinas, que são dispositivos pedagógicos com tendência problematizadora que dinamizam o ensino-aprendizagem e estimulam o engajamento criativo, uma vez que se ancoram no ser humano como centro potencial de realizar mudanças, ressignificando conceitos e valores (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2013).

As palestras, unanimidade entre os entrevistados, são as mais utilizadas por serem vivenciadas com maior frequência pelos profissionais durante a vida acadêmica. Quando bem planejadas, são eficazes para o aprendizado, pois sua efetividade está diretamente relacionada com a condução e a participação do usuário na aprendizagem, portanto, é dialógica, se a ideia do aprendiz encontra ressonância na fala do profissional (PACA; SCARINCI, 2010).

Na teoria da aprendizagem significativa, há maior direcionamento à aprendizagem receptiva em situação de ensino, pois para aprender significativamente, não é necessário descobrir. Os conhecimentos a serem aprendidos podem ser via recepção e essas exposições podem ser procedidas por meio de materiais diversos ou estratégias didáticas, inclusive as aulas expositivas (MOREIRA, 2012).

O modelo de narrativa como palestra deverá ser sempre bem conduzido, pois um entrave é levar a uma aprendizagem mecânica e não a uma aprendizagem significativa. Nessa perspectiva, as estratégias de ensino devem ser diversificadas, com forte tendência a progressivamente mudar da estratégia narrativa para a realização com maior frequência de estratégias colaborativas, por viabilizarem a interação e a negociação de significados, importante para que a aprendizagem seja significativa (MOREIRA, 2010a).

No desempenho das ações educativas, faz-se necessária a aprendizagem significativa, especialmente no contexto da saúde coletiva, haja vista que a aprendizagem é significativa quando há uma incorporação de novos conhecimentos com significado, compreensão, capacidade de explicar, transferir de modo a ter competência para o enfrentamento de situações novas do cotidiano (MOREIRA, 2010a). A

Na Educação em Saúde, há possibilidades de variadas estratégias de ensino, porém o mais importante é que os participantes colaborem, discutam, discordem, busquem consensos, pois tudo isso contribui para aquisição de significados (MOREIRA, 2010).

Faz-se imprescindível a troca de significados, com intercâmbio para o alcance da aprendizagem significativa. Muitas estratégias e recursos didáticos, pois só contribuem para isso se viabilizada a negociação de significados (MOREIRA, 2008). A interna-

lização desses significados acontece progressivamente, não é abrupta, depende da negociação deles, daí a grande necessidade de intercambiá-los (MOREIRA, 2012).

Percebeu-se a execução de ações educativas, bem mais participativas, significativas e contextualizadas, o que já se traduz em um considerável avanço na realidade estudada. Observou-se, ainda, que na abordagem grupal os profissionais não mais se exprimiam como detentores do conhecimento, pois havia espaço para o diálogo, com base nas necessidades dos usuários, em que se aprendem uns com os outros, e, nesse processo, todos se sentem parte da prática educativa e a aprendizagem sucede de modo significativo e colaborativo.

A condução dos processos educativos também ocorre na realidade da comunidade, de forma a conhecer os usuários, sua cultura, hábitos, e o que eles pensam. Destacaram a importância de incentivarem os usuários a falarem e trocarem experiências também entre pares, pois, desta forma, conseguem descobrir o que sabem e pensam sobre determinados temas para iniciar as orientações.

Nessa condução, os entrevistados relataram que estimulam esses momentos com dinâmicas de perguntas e respostas com jogos, procurando saber quais os conhecimentos prévios que esses têm do tema a ser trabalhado.

São feitas palestras nas escolas. Inicialmente a gente nivela o pessoal com dinâmicas, com chuvas de ideias. Eles mostram o que sabem, e de acordo com o que eles sabem, a gente vai desenvolvendo (P-30).

Estamos desenvolvendo a tenda do conto, onde cada membro leva um objeto significativo e fala sobre ele, e sobre si depois é feita explanação sobre os principais temas (P-26).

Os discursos denotam claramente um modo diferenciado de incentivar a aprendizagem com maior significado e contextualizada na ESF com desenvolvimento de dinâmicas interativas, motivando a participação, com presença do núcleo da teoria da aprendizagem significativa como a relevância dada pelos profissionais aos conhecimentos prévios e às experiências dos usuários, proporcionando a oportunidade de interagir os conhecimentos preexistentes com os novos ofertados.

Ter interesse no que o aprendiz já sabe, para desenvolver a ação educativa com suporte nesses conhecimentos prévios, resulta em aplicação na vida cotidiana do conhecimento que tem sentido (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Também ocorreram os princípios facilitadores de aprendizagem significativa, processos que auxiliam o usuário a realizar ligação entre a nova informação e os conhecimentos existentes. Destes, se destacaram os organizadores prévios com dinâmicas preliminares nas ações educativas.

Os organizadores prévios são estratégias que fornecem ideias-âncoras quando o aprendiz não possui e servem para mostrar a relação entre os novos conhecimentos e

os prévios que, muitas vezes, o aprendiz não percebe que tem. Dependendo da situação de aprendizagem, uma pergunta, uma discussão, uma frase, um enunciado, uma analogia, uma imagem, uma simulação, um jogo, um filme ou mesmo uma dramatização podem ser considerados organizadores prévios (LEITE; PRADO; PERES, 2010).

A aprendizagem deve ser significativa, buscando maior inserção dos usuários com ações facilitadoras, com valorização de uma pedagogia problematizadora, que considere a realidade local e suas necessidades, e, ainda, que haja discussões temáticas sugeridas, a priori, pelo usuário (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Ainda foi referido, entretanto, mesmo que por poucos profissionais, que, para se conseguir a adesão, desenvolvem as ações educativas com autoritarismo, o que denota aparentemente uma forma impositiva de conduzir as atividades educativas, conforme as falas a seguir:

Às vezes eles não sabem, aí teimam, às vezes eles sabem, mas só vê o lado deles, não querem se privar, não querem mudar o modo de vida. Agora assim... Eles não querem mudar e eu tenho que orientar de forma mais agressiva... É o tipo da coisa, eu faço o que posso, mas..., Às vezes eu digo, quando não segue, se não fizer isso o destino é triste, tá entendendo? Eu falo fazendo medo pra ver se entende (P-22).

A gente dá exemplo de pessoas que não fizeram a citologia e agora tão com o problema maior. Digo as que têm vergonha, que é muito melhor passar pelo constrangimento, de que passar por uma quimioterapia, por uma radioterapia, tratamento bem mais agressivo, ou ainda chegar a óbito... (P-17).

Esses resultados demonstrados nas falas divergem do exposto anteriormente, logo, se observa a necessidade de um aprofundamento sobre a temática em foco, para que esses profissionais possam conduzir essas ações respeitando os usuários, numa perspectiva de horizontalidade das relações entre os participantes das práticas educativas.

Práticas autoritárias e coercitivas não demonstram resultados positivos, sobretudo, quando se intenta a construção de autonomia e o protagonismo dos usuários. Nesse sentido, ações de educação que produzem medo se mostram ineficientes, afastam mais do que aproximam as pessoas do problema; no lugar de ajudarem, prejudicam a adesão, pela dificuldade de criar identidades e motivações para que as pessoas repensem seus comportamentos (AYRES, 2002).

A adoção de estratégias de coerção expressas nas falas dos profissionais da ESF, para obter a participação dos usuários nas atividades educativas, é um ato de desrespeito aos usuários, haja vista que fere o princípio de liberdade e de escolha de decisão, pois a educação não pode ser imposta, porquanto é um ato solidário (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Apesar de ainda se exibirem verticalizadas e impositivas por poucos profissionais que necessitam repensar suas ações educativas, as falas de grande parte dos profis-

sionais já reportam um novo modo de conduzir as ações de Educação em Saúde, em que os profissionais, como mediadores, desenvolvem os processos de aprendizagem de forma significativa, considerando a necessidade de produção de sentidos nos usuários, como estratégia para que este transforme sua realidade.

Percebeu-se, ainda, que as práticas educativas conduzidas por alguns dos profissionais se configuraram como dialógicas, interativas, o que é capaz de produzir maior assimilação e aprendizado, o que pode desencadear, além da capacidade de reproduzir esse conhecimento, a motivação para que comunidade e profissionais consigam pactuar e utilizar esses conhecimentos nas soluções das possíveis demandas relativas às questões de saúde.

Nas ações educativas, tiveram destaque, também, nas falas, a importância da dimensão relacional, considerando a afetividade, o respeito e a sensibilidade, com atenção para a singularidade dos usuários e o encontro, motivados, principalmente, em parcerias que propiciam o envolvimento e o aprendizado.

Importante é você compreender e respeitar. Saber que tá ali com uma pessoa desinformada, medrosa; tem que ter a sensibilidade de se colocar no lugar do outro. Se fosse eu, como é que eu gostaria de ser tratado? Era no coice? Não. Eu queria ser tratado era com respeito, educação. Se eu não sei alguma coisa, pois me ensine pra eu aprender (P-31).

Na ação educativa, há de gente que lida e cuida de gente, o que requer um fazer diferenciado, considerando, sobretudo, a condição de fragilidade na qual o usuário pode se encontrar em decorrência dos processos de adoecimento. Portanto, os encontros entre trabalhadores e usuários devem ser pautados no acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilização, dispositivos inerentes à humanização das práticas de saúde (AYRES, 2005). Assim, é necessária uma ética do cuidado pautada no respeito ao educando, evitando-se manipulação nas práticas educativas em saúde (FREIRE, 2011). Quando não há essa postura acolhedora e produtora de sentidos, diz-se que a identidade humana é ignorada (COSTA; MIRANDA, 2009).

Uma escolha saudável de vida deverá ter a interação do conteúdo teórico com a experiência de vida de cada um, e, ainda, o estabelecimento de confiança do usuário com o profissional (ALVES; AERTS, 2011). Nesse processo em que há aprendizagem significativa, tem-se prazer em aprender, porque é familiar, é envolvente e leva a curiosidade de saber cada vez mais (PRAIA, 2000).

Nesse sentido, há de se considerar que a emoção é importante para o raciocínio, pois tem função na comunicação de significados, no entendimento das mensagens, de sorte que a interferência dos aspectos emocionais nos processos de significações é consensual (SANTOS, 2007).

Por fim, no fazer das ações educativas em saúde, não dá para ser impessoal e indiferente; há que ser envolvente, criativo, desencadeando, desse modo, o que há

de mais motivador, que é a afetividade, algo indispensável na interação. Assim, atenção, respeito e envolvimento dos profissionais com os usuários contribuem para uma aprendizagem com significado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez procedida a imersão na prática cotidiana das ações de Educação em Saúde dos profissionais da ESF de Barbalha-CE, evidenciou-se uma práxis reflexiva, crítica e transformadora, ancorada na teoria da aprendizagem significativa com predomínio de ações educativas coletivas. Alguns profissionais, entretanto, se distanciaram dessa perspectiva.

Foram notados avanços significativos, porém muito ainda precisa ser aprimorado. Para tanto, propõe-se a formação de grupos de estudos que possibilitem reflexões e troca de experiências entre as equipes, para que possam propor um plano de Educação em Saúde que dê conta de utilizar uma prática educativa a fim de desenvolver aprendizagem significativa de forma unânime em todas as equipes da ESF.

Entende-se que, com base no estudo, foram extraídos consideráveis subsídios para melhor entendimento a respeito da Educação em Saúde na perspectiva da aprendizagem significativa, o que poderá contribuir para desencadear reflexões sobre a dinâmica dessas ações educativas, sobretudo, entre gestores e profissionais, com vistas a ressignificar algumas práticas educativas e que estas sejam verdadeiros instrumentos da Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R.S. et al. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 210-218, 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.

ARAÚJO, M.F.M.; ALMEIDA, M.I.; NÓBREGA-TERRIEN; S.M. Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, Z.; GURGEL, M. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, p. 632-651.

AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p.549-560, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução 466**, de 12 de Dezembro de 2012. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CECIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.1, p. 41-65, 2004.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N.M. Formação profissional no SUS: oportunidade de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.503-17, 2009.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface - Comunic, Saúde e Educ**, Botucatu, v.16, n.41, p. 315-329, 2012.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 2ª ed. rev. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

LEITE, M.M.J.; PRADO, C.; PERES, H.H.C. **Educação em saúde**: desafio para uma prática inovadora. Difusão, 2010.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.FC. Educação e saúde: olhar da equipe da Saúde da Família e a participação do usuário. **Rev Latino-Am Enfermagem [on-line]**, 2009. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421907006. Acesso em: 20 fev. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA. Abandono da narrativa, ensino centrado no aluno e aprender a aprender criticamente. **REMPEC- Ensino, saúde e ambiente**, Niterói, v.4, n.1, p.2-17, 2010a.

_____. **Mapas Conceituais e aprendizagem significativa**, São Paulo: Centauro. 2010b.

_____. **Aprendizagem Significativa Subversiva**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000.

_____. Negociação de significados e aprendizagem significativa. **REMPEC- Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, v.1, n.2, p.2-13, 2008.

_____. Organizadores prévios e a aprendizagem significativa. **Revista Chilena de Educación Científica**, Santiago, v.7, n.2, p.23-30, 2012.

PACA, J.L.A.; SCARINCI, A.L. O que pensam os professores sobre a função da aula expositiva para a aprendizagem significativa. **Ciência e Educação**, Bauru, v.16, n.3, p.709-721, 2010.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.; GONZALES, A.D. A educação em saúde na relação usuário trabalhador no cotidiano da equipe saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1825-32, 2012.

PRAIA, J.F. **Aprendizagem significativa em David Ausubel**: Contributos para uma adequada visão da sua teoria e incidência no ensino. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, 2000.

ROECKER, S.; MARCOM, S.S. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invest Educ Enferm.**, Antioquia, v.29, n.3, p. 381-390, 2011.

SANTOS, F.M.T. As emoções nas interações e a Aprendizagem significativa. **Ensaio: Pesquisa em educação em ciências**, Belo Horizonte, v.9, n.2, p. 1-15, 2007.

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2923-2930, 2012.

Relato de vivência com adolescentes para uma alimentação saudável

Dírlia Silva Cardoso Macambira

Andréa Mota Braz

Nazaré Martins Oliveira

Emília Soares Chaves

I INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que tem a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças. O processo de educar em saúde pode ser entendido também como um diálogo que se estabelece entre as pessoas, com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (REIS et al, 2013).

Na Educação Popular, a construção do conhecimento deve acontecer a partir da troca de experiências e conhecimentos, da história de vida e da cultura de cada pessoa, “imediatizadas pelo mundo ou pela vivência” (FREIRE, 1987). No planejamento de uma atividade educacional em saúde, segundo Souza et al (2008), deve ser reforçado o respeito a dialogicidade, preconizada por Paulo Freire, no método de Educação Popular, que significa um processo dialógico centrado no educando e no empoderamento dos sujeitos envolvidos, fortalecendo autonomia e interação de saberes populares e técnicos entre educador e educando.

O saber popular, apesar de não estar embasado em teorias científicas, este deve ser considerado e reconhecido, a fim de valorizar sua cultura, possibilitar a construção do conhecimento coletivo sobre a saúde comunitária e envolver os indivíduos nas ações, o que contrapõe a sua imposição, já que a participação comunitária é possível assegurar a sustentabilidade e a efetividade das ações de saúde (REIS et al, 2013).

Com relação aos determinantes do processo saúde-doença, modernamente, uma revalorização das dimensões sociais e culturais vem surgindo. Tais idéias tiveram sua expressão mais organizada no chamado movimento da promoção da saúde, e, inspirado na reforma do sistema canadense, consolidou-se a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. A promoção de saúde tem os determinantes gerais sobre a saúde como foco da ação sanitária. Podemos citar alguns destes: padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (CARVALHO et al, 2009).

A mudança de foco das ações da saúde para os determinantes sociais trouxe conseqüentemente, inovações nas práticas dos serviços como práticas de aconselhamento, acolhimento, práticas coletivas saudáveis (exercício, alimentação), além de esforços pela responsabilização e conscientização dos cidadãos (empoderamento).

Para Junges e Barbiani (2013) um desafio é a construção de políticas públicas intersetoriais que assumam os determinantes sociais da saúde como conformadores do território ambiente da população atendida pelos serviços, no sentido de criar melhores condições para a reprodução social da vida. Para isso, faz-se necessária uma articulação política por parte dos gestores de saúde, visando pactuar ações intersetoriais como, por exemplo, educação inclusiva, geração de emprego e renda, saneamento básico, praças e áreas de lazer, de esporte, iniciativas que parecem não ter muito a ver com saúde, mas que em longo prazo são mais efetivas do que medicamentos e leitos hospitalares para melhorar a saúde da população. Esses desafios são éticos e políticos, haja vista dependerem de decisões, articulações e pactuações tanto no nível micro do local do serviço quanto no nível macro de governança e de relação com as redes e ações intersetoriais.

Carvalho e Buss (2009) afirmam que enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolvem, portanto, ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais.

As políticas públicas intersetoriais constituem um dos pilares das intervenções sobre os determinantes sociais, e o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Ministério da Saúde em 2007, é um exemplo, que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos escolares.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

As ações de educação e saúde do PSE ocorrem nos territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde definidos segundo a área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, outros). As ações do PSE devem estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas. Esse planejamento deve considerar: o contexto escolar e social e o diagnóstico local de saúde do educando (BRASIL, 2013).

A presente experiência, que será descrita neste artigo, em maiores detalhes posteriormente, consta de uma vivência de educação em saúde com adolescentes sobre o tema Alimentação Saudável. A mesma aconteceu em decorrência de uma programação do PSE, em forma de Comemoração da Semana da Alimentação Saudável, em uma escola municipal, da cidade de Fortaleza-CE. A equipe de Saúde da Família de uma unidade primária de saúde, responsável pela referida escola dentro do contexto do programa, se deslocou até a escola, para abordar o tema de forma dialógica e participativa, por meio de metodologias ativas, e que despertasse nos escolares uma reflexão com relação a seus hábitos alimentares e sua saúde. Para o desenvolvimento desta vivência, o Guia Alimentar, publicado pelo Ministério da Saúde, foi utilizado como texto de apoio. A elaboração deste guia será comentada a seguir.

O Ministério da Saúde deseja que todos os brasileiros tenham uma alimentação saudável que, associada à prática regular de atividade física, é fundamental para uma boa saúde. A promoção da alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e uma das prioridades para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros.

Para isso, elaborou a segunda edição do Guia Alimentar que ficou em consulta pública de fevereiro a maio de 2014, recebendo, 3.125 contribuições de 436 indivíduos/instituições, permitindo seu amplo debate por diversos setores da sociedade e orientando a construção do seu conteúdo. O Guia Alimentar aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira e, configura-se como um instrumento de educação alimentar e nutricional no SUS e também para outros setores. A publicação apresenta um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, combinação, preparo e consumo de alimentos que objetivam promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um todo.

O Guia é para todas as pessoas, individualmente, e como membros de famílias e comunidades, assim como cidadãos. Além de fornecer recomendações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos, este Guia considera os fatores do ambiente que favorecem ou dificultam a colocação em prática dessas recomendações, indicando formas e caminhos para aproveitar vantagens e vencer obstáculos (BRASIL, 2012).

A fim de facilitar o acesso a estas informações pela população, sobre como ter uma alimentação saudável e fazer escolhas alimentares mais adequadas, o Ministério da

Saúde lança também a versão de bolso do Guia Alimentar para a População Brasileira, no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Este Guia de bolso traz um teste sobre alimentação, que pode ajudar a refletir e modificar hábitos alimentares e busca contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, como desnutrição, anemia e hipovitaminose A, obesidade, diabetes e hipertensão (BRASIL, 2012).

Com esta versão compacta do guia alimentar comentada acima, o tema se tornou mais acessível, bem como facilitou sua utilização como material didático, a ser trabalhado em sala de aula com os alunos, na atividade de educação em saúde que será descrita a seguir.

Este artigo apresenta como objetivo descrever uma vivência de educação em saúde, para uma alimentação saudável, com um grupo de adolescentes de uma escola municipal, realizada pela equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde no bairro Planalto Pici, em Fortaleza-Ceará.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Fortaleza- Ceará determinou que os profissionais da atenção primária em saúde realizassem programação para uma semana de atividades de educação e promoção em saúde, tendo como tema Alimentação Saudável. O evento em comemoração a Semana da Alimentação Saudável aconteceu no período de 06 a 10 de abril de 2015.

Assim, uma das atividades previstas, por meio do Programa Saúde na Escola, consistiu em uma educação em saúde com um grupo de 17 adolescentes do 6º ano de uma Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental, no Bairro Planalto Pici, Fortaleza-CE. A escolha desta turma específica se deu devido a mesma se encontrar sem professor em sala de aula, no momento designado para acontecer a ação.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família responsável pela referida escola, possui como componentes, enfermeira, dentista, técnica em saúde bucal (TSB) e agentes comunitários de saúde, que atuaram, de forma interdisciplinar, como facilitadores da atividade de educação em saúde, descrita abaixo.

O espaço físico da escola utilizado foi o laboratório de informática por ser um local menor que as outras salas, como forma de reduzir a dispersão dos alunos. E a fim de obter maior rendimento dos alunos, a turma foi dividida em dois grupos pequenos sendo a atividade realizada em dois momentos semelhantes.

Inicialmente, os dez passos para uma alimentação saudável preconizados no Guia Alimentar do Ministério da Saúde, foram discutidos com os alunos, sendo entregue uma cópia a cada um, para que acompanhassem a leitura e as colocações dos facilitadores. Os agentes de saúde iam explicando os passos, de forma dialogada, e

fazendo perguntas às crianças sobre seus hábitos e seus gostos alimentares, bem como, pontuando com eles sobre melhor forma de se alimentarem; sugerindo como eles poderiam estar interferindo, em casa, com suas mães e familiares, o preparo e escolha dos alimentos.

Em seguida, dividimos o grupo de adolescentes em duas equipes para uma competição que consistiu em aplicar a dinâmica dos alimentos. Nesta dinâmica, um aluno de cada equipe deveria adivinhar, através do paladar, e de olhos vendados, que alimento era colocado em sua boca. Dando continuidade, ainda de olhos vendados, eles deveriam adivinhar também, através do tato, o alimento que era colocado em suas mãos. A medida que o aluno ia acertando o alimento, ia ganhando pontos para sua equipe e, caso ele não soubesse responder, os facilitadores falavam qual era o alimento para que todos conhecessem. Um revezamento de alunos na equipe foi realizado a fim de que outros membros participassem.

Após uma semana deste encontro, voltamos a escola e pedimos que os mesmos alunos escrevessem um relato sobre o que eles haviam aprendido sobre alimentação saudável, no intuito de avaliar os resultados da ação e a construção de seus conhecimentos. Os facilitadores também avaliaram a ação, identificando, por escrito, pontos positivos e pontos que precisavam se adequar para o melhor desenvolvimento desta.

Os textos elaborados pelos alunos abordaram muitos aspectos discutidos na atividade de educação em saúde, o que evidencia assimilação do tema pelos participantes, por meio da estratégia metodológica utilizada.

A seguir, alguns trechos foram transcritos conforme os alunos escreveram em resposta a pergunta: O que você aprendeu sobre alimentação saudável?

“Aprendi a valorizar os alimentos.”

“Entendi que devemos nos alimentar bem, comer na hora certa.”

O relato acima faz referência ao 1º passo do guia alimentar que diz: 1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

“...tem que comer frutas e legumes.”

“...gostei de comer estas frutas, são muito gostosas e saborosas.”

“...devemos comer frutas todos os dias...”

“Aprendi que comer frutas e verduras faz bem.”

Os trechos acima fazem referência ao 3º passo do guia alimentar que diz: 3. Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

“...devemos comer grãos todos os dias...”

O trecho acima faz referência ao 4º passo do guia: 4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

“...devemos beber muita água, não comer muita salsicha, nem muita linguiça...”

Este texto faz referência aos passos 6 e 9 do guia alimentar: 6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans. Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, embutidos (salsichas, linguiças, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, uma vez por semana. 9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

“...beber muito refrigerante faz mal...”

O texto acima se refere ao 7º passo do guia alimentar: 7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

“É importante se alimentar bem, fazer exercício físico.”

O trecho acima faz referência ao 10º passo do guia alimentar: 10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Os resultados encontrados demonstram que houve construção de conhecimentos sobre o tema em questão, pelo grupo de adolescentes, durante a ação executada.

Na avaliação realizada com os profissionais de saúde, alguns pontos positivos da atividade foram citados como participação, interação e atenção dos escolares, como também a “boa vontade” dos profissionais em planejarem e executarem a ação. O relato de uma agente de saúde ressaltou a importância das atividades de promoção: “...estas são bem-vindas, pois os alunos da rede pública são carentes de atenção, e é um momento em que os alunos saem da rotina, podem se expressar e serem ouvidos.”

Recursos materiais insuficientes, falta de recursos para a ESF funcionar melhor foram alguns pontos citados que precisam se adequar. Algumas dificuldades encontradas foram: reduzido tempo do cronograma dos profissionais para atingir maior quantidade de alunos, objeção dos coordenadores da escola em ceder horários das aulas para as ações de saúde.

3 DISCUSSÃO

Na atividade de educação relatada, muitos dos aspectos da Educação popular, defendidos pelo educador Paulo Freire (1987), foram oportunamente trabalhados como o

respeito e diálogo centrado no educando, construção compartilhada do conhecimento, interação de saberes técnicos e populares e empoderamento dos sujeitos envolvidos.

Dentre os determinantes sociais do processo saúde-doença, citados por Carvalho et al (2009), conclui-se que esta ação de educação em saúde teve como foco da ação sanitária, os padrões de alimentação e nutrição.

A publicação do guia alimentar de bolso apresenta uma linguagem direta, de fácil compreensão, servindo de apoio para a atividade proposta e, seu uso e leitura, certamente contribuem para a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, como desnutrição, anemia e hipovitaminose A, obesidade, diabetes e hipertensão.

Vale ressaltar ainda que o processo de planejamento e desenvolvimento desta ação, junto aos escolares, foi facilitado pela existência do programa Saúde na Escola. Este programa, como já citado anteriormente, consiste em uma política intersetorial do Ministério da Saúde em que, se bem conduzido, e como afirmado por Barbiani et al (2013), ações intersetoriais pactuadas, em longo prazo, são mais efetivas do que medicamentos e leitos hospitalares para melhorar a saúde da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia metodológica utilizada (dinâmica dos alimentos) permitiu que os alunos refletissem a respeito de seus hábitos alimentares e em consequência, conquistado um maior despertar com relação à mudança para hábitos alimentares mais favoráveis a saúde.

Com a dinâmica dos alimentos, os alunos tiveram oportunidade de experimentarem alimentos nunca comidos antes, bem como, esta estratégia trouxe um aspecto lúdico, da brincadeira, para a atividade de educação em saúde, o que aproximou os alunos do interesse pelo tema.

A participação ativa dos alunos em atividades como esta, favorece a construção coletiva de conhecimentos, troca de experiências, contribuindo para uma aprendizagem mais significativa.

A assimilação de novos conhecimentos pelos alunos foi demonstrada por meio de seus relatos. Houve um empoderamento dos alunos, o que pode ser definido em parte, como maior capacidade dos indivíduos e comunidade enfrentar problemas e serem co-responsáveis por sua saúde.

Em se tratando da avaliação com os facilitadores, esta abordou elementos para a equipe de profissionais refletirem sobre suas práticas no desenvolvimento destas ações.

Claro está que, para conseguir resultados mais abrangentes, esta ação deverá ser reproduzida em outras turmas de alunos, no decorrer do ano escolar. Os pais dos alu-

nos também devem ser convidados a participar em algum momento. Para obtenção de êxito, se faz necessário uma priorização destas ações de promoção de saúde na agenda dos profissionais da saúde. Assim como, é primordial um maior envolvimento dos profissionais da educação com as atividades do PSE, e valorização, pelos mesmos, das ações da saúde na escola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola**. 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. **Guias alimentares**. 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php?conteudo=guias.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Alimentar. **Como ter uma alimentação saudável**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf.

CARVALHO, A. I. de.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 1.112p. 141-165p.

FREIRE, P. A dialogicidade: essência da educação como prática da liberdade. In: _____. **A pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 44-57.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 17-207, 2013.

REIS, T. C.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SOUZA, L. P. S.; SILVA, J. R.; AMARAL, A. K. M.; MESSIAS, R. B.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES, J. F. N. Educação em saúde. **J Health Sci Inst**. 2013; 31(2): 219-23.

SOUZA, A. T. S; SANTIAGO, M.P.S.; SENA, L.L.J ; SILVA, V.C. VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2008.

Saúde bucal em crianças de cinco anos pertencentes a famílias beneficiadas pelo programa bolsa família

Ana Cecília Esmeraldo B. de Almeida

Maria Fátima Maciel Araújo

Maria Eneide Leitão de Almeida

Dulce Maria de Lucena Aguiar

I INTRODUÇÃO

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) declarou que as iniquidades em saúde são a doença mais grave no Brasil. Vivemos em um país com grandes desigualdades, seja de renda, educação, acesso aos bens e serviços, e oportunidades, o que interfere na promoção e proteção da saúde (BUSS; PELEGRINI, 2006). Nesse aspecto, explorado indiretamente como ligados à economia, à cultura e à história, se moldam os modelos de famílias em situação de pobreza e as representações sobre os cuidados com a saúde bucal.

Para enfrentar essas iniquidades, o Programa Bolsa Família (PBF), foi criado pelo Governo Federal, voltado à redução da pobreza, miséria, fome e desigualdades sociais. Destinado a famílias em que a renda por pessoa é de até R\$ 70,00 mensais (extrema pobreza) ou de até R\$ 140,00 (pobreza), tem destaque entre seus principais eixos de atuação, o reforço do direito de acesso das famílias aos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2013).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, variando entre autores e que muda ao longo do tempo e contexto. Neste estudo, pode ser entendido como o ingresso, a entrada, aproximação, possibilidade de chegar e alcançar algo (HOUAISS, 2001) como “porta de entrada”, local de acolhida do usuário quando da sua necessidade, os caminhos percorridos por ele no sistema, na busca de resolução para seu agravo (ABREU; JESUS, 2006).

A cárie dentária é um problema de saúde pública que atinge ainda grande parte da população brasileira, apesar do declínio na sua prevalência, observado nos últimos anos. É definida como doença, cujo desenvolvimento e progressão resultam da interação complexa de múltiplos fatores. Inicialmente, é estudada como uma doença bacteriana causada pela interação de três fatores essenciais: o hospedeiro (dente e saliva), a microbiota cariogênica (microrganismos) e o substrato (dieta) agindo por um determinado tempo (KEYES, 1962; NEWBRUN, 1988; THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Atualmente sua análise exige considerar estes determinantes biológicos associados às condições socioeconômicas, culturais, étnico/raciais, psicológicas, comportamentais e o acesso aos serviços odontológicos (SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007; THOMAS, 2010; CANALLI, 2010; DOMINGOS et al., 2010; FONTANA et al., 2010; COSTA, 2012).

Costa (2012) estuda os modelos teóricos explicativos da cárie ao longo do tempo, correlacionando os modelos organicista, social e ecossistêmico. O modelo organicista enfoca o microrganismo (fator biológico) como o principal agente causal da doença. O de feição social relaciona os fatores biológicos individuais às condições sociais em que vivem as populações. O de perfil ecossistêmico adiciona a sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida.

A busca da compreensão do fenômeno da cárie e da qualidade da higiene bucal em crianças em idade índice de cinco anos e sua relação com a situação de pobreza das famílias beneficiadas pelo “Programa Bolsa Família” apontaram para a necessidade de atuação da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) no sentido de viabilizar métodos adequados para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da cárie, de acordo com a necessidade de cada um. Alves (2013) constata que a ESF tem potencial para o enfrentamento de iniquidades em saúde resultantes da condição de pobreza e desigualdade vivida por grupos mais vulneráveis.

Essa compreensão sugere que se ultrapasse os limites do campo biológico para aspectos mais amplos do cuidado à saúde, constituindo-se em um desafio de vencer os questionamentos da nossa própria prática profissional em realidades em que é possível desenvolver sensibilidades para perceber o contexto de vida das famílias e suas necessidades de cuidados à saúde, em um bairro com altos índices de pessoas na extrema pobreza, e elevados índices de cárie e perda dentária de primeiros molares permanentes em idade ainda precoce.

O estímulo para o autocuidado em saúde bucal, dirigido às crianças e aos seus responsáveis, para a realização de práticas preventivas para o controle da cárie dentária, é fundamental neste momento. Crianças nesta idade, mais independentes dos pais e que já se sentem aptas a realizar procedimentos de higiene sozinhas, são as que mais precisam de orientação para desenvolver essa habilidade e realizá-la com ou sem a supervisão dos responsáveis. Este é o momento em que a criança porta todos os dentes decíduos já erupcionados e se inicia a erupção dos dentes permanentes (DOMINGOS et al., 2010). Vale ressaltar que essa idade é usada internacionalmente para verificar o índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) (OMS, 1997).

O enfrentamento da situação de saúde bucal em crianças em idade índice de cinco anos, membros de famílias que vivem em situação de pobreza, é uma estratégia que visa a conceder apoio a essas famílias na superação do estado de vulnerabilidade aos agravos em saúde bucal, deflagrando a intervenção precoce no processo cariioso, por meio do reforço do direito de acesso destas famílias aos serviços básicos de saúde bucal.

Com base na avaliação, seguem-se o controle e o monitoramento dos riscos, por meio de medidas simples, como a Educação em Saúde para o autocuidado, evidencição de placa bacteriana, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e no tratamento dos danos causados pelas afecções bucais. Esse parece ser um caminho promissor para a diminuição da incidência e gravidade das doenças bucais, auxiliando na conquista da melhoria da qualidade da saúde bucal das famílias em situação de pobreza.

Este estudo teve como objetivo viabilizar métodos adequados para a promoção da saúde bucal, por meio de educação para o autocuidado, prevenção e tratamento das doenças bucais em crianças de cinco anos, de famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família.

2 MÉTODO

A metodologia selecionada, de abordagem quantitativa, foi fundamentada como tipo de estudo com base na pesquisa-ação, orientada pelos escritos de Thiollent (1988), que a descreve como um processo sistemático, cuja meta principal é a elaboração do conhecimento ou da geração de mais conhecimentos, para corroborar ou refutar algum saber existente. É basicamente a aprendizagem, tanto da pessoa que realiza a pesquisa quanto da sociedade na qual esta se desenvolve. O processo começa com reflexão sobre a prática, a fim de identificar o que e como intervir para melhorar. Nessa reflexão, é essencial que haja etapas ou ciclos de planejamento, implementação, monitoramento e organização dos resultados sobre o que sucedeu da relação entre pesquisa e intervenção.

A pesquisa-ação, nesse contexto de estudo, se constituiu no método que orientou a elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de solução.

A família é entendida como espaço de cuidado. Ao articular as informações coletadas e as reflexões que emergiram de seus resultados, vão aparecendo as próprias limitações humanas/profissionais na busca do enfrentamento e da solução de problemas de saúde bucal nas crianças em idade índice de cinco anos.

Reflexão da realidade: promoção da saúde e autocuidado

A primeira etapa do estudo, “**reflexão**” da realidade, considerou a problematização (BORDENAVE; PEREIRA, 2008) e o diagnóstico da situação. Essa etapa foi constituída

como resultado das observações realizadas durante os atendimentos no serviço de saúde. A satisfação ou a insatisfação da população pelos serviços prestados, as dificuldades de acesso a estes serviços e a relação com os profissionais.

A demanda a um serviço de saúde é apontada nos escritos de Cecílio (2001) como a tradução objetiva das necessidades mais complexas do usuário.

Planejamento sistemático da pesquisa - O Local

A área adstrita da equipe de no 640 da Estratégia Saúde da Família, da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Dr. Pedro Sampaio, localizada no bairro Conjunto Palmeiras, na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza, Estado do Ceará, foi escolhida como campo da intervenção, por se tratar da área onde atuamos como cirurgião-dentista.

A escolha de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família foi intencional, sugerindo ser esta uma maneira de estimular o acesso deste grupo de famílias aos serviços de saúde bucal.

Das 909 famílias cadastradas na área adstrita da equipe da Estratégia Saúde da Família- ESF de no 640, 180 participam do Programa Bolsa Família e, destas, 50 famílias reúnem 54 crianças, com idade índice de cinco anos completos ao longo do ano de 2013 (DATASUS, 2012).

Merecendo atenção especial neste estudo está a família, podendo constituir lugar ideal para pensar estratégias e/ou tecnologias de enfrentamento a fim de elevar os indicadores de saúde bucal para populações em situações de pobreza.

Elaboração do instrumento e técnica de coleta de dados

Com apoio na referência conceitual, elaboramos um questionário dividido em dois tópicos: o primeiro tópico “Dados da Criança e sua Família”, envolvem perguntas abertas e fechadas voltadas para os aspectos relacionados à situação socioeconômica da família, incluindo idade e sexo da criança, situação conjugal da mãe, escolaridade dos pais, renda familiar, responsabilidade financeira, número de pessoas que moram na residência, total de cômodos no domicílio, com a intenção de encontrar os fundamentos necessários para a compreensão da realidade familiar das crianças.

No segundo tópico do questionário, as questões se voltavam para os hábitos das crianças, tais como: se escova os dentes, se escova com ajuda ou sozinho, em qual idade começou a escovar sozinho e quem ensinou; se tem escova de dente individual; se escova com pasta, qual tipo e que quantidade utiliza; quantas vezes ao dia e em quais horários escova os dentes; se realiza a higiene interdental, o que utiliza e em quais horários. Esta fase orienta a definição das necessidades, o planejamento e a orientação da intervenção no campo da saúde bucal.

Nesta relação, consideramos o conceito ampliado de saúde, analisado sob uma concepção ampla de saúde-doença e de seus determinantes. A Promoção da Saúde

propõe a articulação entre os saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Buss (2009) recobra a perspectiva de relacionar a saúde bucal e condições de vida em seus múltiplos elementos: físicos, psicológicos e sociais.

Em razão do tipo de estudo com base na pesquisa-ação, consideramos oportuno o modelo de entrevista de ajuda, de Benjamin (1996). A lição mais importante nessa escolha está no fato de que nela não existe ninguém a não ser o entrevistado e o entrevistador e que nada naquele momento é mais importante, devendo este último ter consciência do que verdadeiramente está levando de si para a entrevista. O entrevistador deve, principalmente, sentir dentro de si mesmo que tenciona ajudar, tanto quanto possível, o entrevistado.

2.1 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC para devida análise, recebendo parecer (nº 461.874) favorável à sua execução, com data de 20 de novembro de 2013, estando de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

O estudo teve a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, processo nº 3107105533028/2013.

Foi realizada a consulta aos pais ou responsáveis pelas crianças, no sentido de se obter a autorização e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Intervenção

Do universo de 50 famílias da área do estudo, houve recusa por parte de 21 em participar. Os motivos alegados foram planejamento de viagem para o interior do Estado para casa de parentes, questões de trabalho, por não querer participar sem necessariamente apresentar razões objetivas para tal decisão, além de residências vazias durante a visita domiciliária.

A prontidão das famílias que atenderam ao convite foi valiosa para o desenvolvimento do estudo. Os primeiros contatos presenciais foram concretizados em uma roda de conversa, para tratar do tema da reflexão inicial, que foi a importância da saúde bucal e da prevenção da cárie dentária. Logo em seguida apresentamos o projeto de intervenção e foram esclarecidas todas as dúvidas dos participantes, seguindo-se a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A roda de conversa se mostrou na pesquisa-ação como ferramenta de estímulo ao protagonismo dos participantes na produção do conhecimento e como técnica voltada

para o desenvolvimento de capacidades humanísticas, civilizatórias, colaborando com as famílias no seu próprio desenvolvimento humano (ARAÚJO et al., 2013; ARAÚJO et al., 2005).

Nesse mesmo tempo, em uma sala anexa, as crianças vivenciaram o contato com algumas atividades que se organizaram em torno da técnica de roda brincante. Entre as atividades, elas assistiam a um vídeo, cujo tema projetava sobre a importância dos hábitos alimentares e de higiene bucal na prevenção da cárie dentária, acompanhadas pela auxiliar em saúde bucal (ASB).

Na roda brincante, ainda realizaram atividades lúdicas, lembrando os aspectos mais importantes da aprendizagem. Após o filme, foi criado um momento do tira-dúvidas, onde as crianças despertaram sobre a saúde bucal e, por nós provocadas, faziam as perguntas sobre o que gostariam de saber. As dúvidas eram esclarecidas e as crianças eram comunicadas sobre o projeto e convidadas a aderirem.

2.3 O lugar da entrevista no universo do pesquisador/pesquisado

Nessa fase, iniciamos a entrevista de ajuda individual, com duração média de 40 minutos e duração máxima de 60 minutos. As entrevistas foram realizadas pela manhã e à tarde em decorrência do horário escolar das crianças. Ocorreram em sala previamente preparada para receber os participantes convidados, em local institucional, seguindo uma agenda planejada, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Das famílias presentes, todas aderiram à pesquisa, sendo definidos os participantes do estudo: 29 famílias e 32 crianças, a quem foi direcionada a entrevista. Finalizada a entrevista, foi agendado o início das atividades que denominamos de oficinas de higiene bucal (OHB).

2.4 As oficinas de higiene bucal

O material, com base no qual a oficina de higiene bucal (OHB) foi organizada, incluiu vivências, filme, desenho livre, pinturas e fantoches, por meio dos quais as crianças puderam revelar circunstâncias e emoções vividas quando do cuidado à saúde bucal, ligadas a dimensões da vida cotidiana e ao cuidado de si mesma.

Essa atividade constituiu um momento de sociabilidade e cooperação entre as crianças e funcionou como preparação para os desafios no desenvolvimento da habilidade de escovação dental. Nesse caso, a arte se tornou uma excelente abertura para pensar a saúde bucal das crianças, desvelando na nossa perspectiva um estado de encantamento em que os acontecimentos iam dando origem a novas buscas de explicação sobre a saúde bucal e a relação com o estado de pobreza a que as crianças estão expostas. (ARAÚJO et al., 2005; ARAÚJO; ALMEIDA; THERRIEN, 2013).

Continuando as intervenções planejadas, a evidenciação da placa bacteriana dos dentes foi feita com pastilhas à base de fucsina básica, que permite a visualização

da placa para a verificação do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), o qual foi verificado e anotado em formulário específico. Tal índice permite classificar a condição de higiene bucal em grupos populacionais, visualizando placa e cálculo presentes em determinadas faces dos dentes. Caso o IHOS esteja de zero a um, significa que a higiene oral está satisfatória; se estiver de um a dois, significa que está regular; de dois a três, está deficiente e acima de três significa que está ruim (GREENE; VERMILLION, 1964, apud DIAS, 2009).

Cada criança recebeu um kit de higiene bucal contendo uma escova de dente, um rolo de fio dental e um tubo de creme dental.

O procedimento seguinte foi a realização da higiene bucal, quando as crianças foram supervisionadas pela equipe, recebendo ajuda dos responsáveis, tarefa fundamental, que reforçou a ajuda mútua e o aprendizado por ambos - a criança e o responsável. A visualização da placa bacteriana pelas crianças e seus responsáveis facilitou a localização da mesma e o desenvolvimento da habilidade de escovação dental. Este ato despertou o interesse para a escovação correta e utilização adequada do fio dental ao tempo em que desenvolveu a aprendizagem de como remover todas as “manchinhas rosa”, que foi a denominação atribuída pelas crianças à placa bacteriana corada.

A observação, ante a atitude de responsáveis ao conhecer as necessidades dos filhos, se manifesta em depoimentos, a exemplo: “Doutora, quando a gente fica vindo aqui, a gente escova mais os dentes”; “Nunca ninguém tinha explicado isso pra mim”; “É triste ver pessoas, ainda bem jovens, desdentadas”, tornando possíveis reflexões sobre as relações de vínculo com a comunidade, com os profissionais de saúde, emergindo dimensões relevantes do poder de presença e da força do exemplo como essenciais nas relações de cuidado.

2.5 Exame clínico

Com a cavidade oral higienizada, foi realizado o exame clínico odontológico inicial, para diagnóstico da cárie dentária (índice ceo-d). Este aconteceu em ambiente climatizado, com a criança sentada em cadeira comum, com boa iluminação artificial, utilizando-nos de espátula abaixadora de língua, espelho clínico e sonda exploradora no 5. Os exames clínicos foram realizados pela pesquisadora, fator indispensável à padronização dos mesmos. A ASB fez a anotação na ficha de exame do paciente.

Ao final do exame, todas as crianças realizaram a aplicação tópica de flúor fosfato acidulado 1.23% em forma de gel, por um período de dois minutos. A técnica foi realizada com o auxílio da escova dental. Foram orientadas a não lavar a boca nem ingerir nada por um período de meia hora (CURY et al., 2000).

Nesse momento, as crianças foram divididas em dois grupos, - aquelas com atividade de cárie as outras sem atividade de cárie. As crianças que não apresentaram atividade de cárie foram liberadas e seus responsáveis orientados a realizarem con-

sultas odontológicas, a cada seis meses, para manutenção da saúde bucal. Foram orientados em caso de alguma necessidade urgente, procurar a unidade de saúde ou, caso a unidade esteja fechada, os centros de especialidades odontológicas (CEO), que têm urgência 24 horas.

As crianças que apresentaram cárie foram agendadas para mais três momentos de OHB, aliados às consultas para o tratamento odontológico e, quando necessário, encaminhamentos ao CEO, com vistas ao cuidado integral.

2.6 Análise estatística

Os dados obtidos neste estudo foram organizados no Microsoft Excel e exportados para o software estatístico StastiticalPackcage for the Social Sciences, versão 17.0 para Windows, em que foram analisados estatisticamente.

Os dados categóricos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio do Teste Exato de Fisher, ou Qui-quadrado.

Os dados quantitativos tiveram sua distribuição analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e comparados por meio do Teste t de Student ou t Pareado, tendo-se considerado uma confiança de 95% (erro alfa do tipo I = 0.05) para todas as avaliações.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 29 famílias com 32 crianças, das quais 19 (59%) eram do sexo feminino e 13 (41%) do masculino.

Das famílias pesquisadas, 28 (97%) relataram ter renda familiar média mensal de até um (1) salário-mínimo e uma (3%) de até dois (2) salários-mínimos.

Quanto ao grau de parentesco com as crianças, perdura entre os responsáveis uma relação consanguínea que se articula ao conceito de família nuclear extensa, onde a prática tradicional do cuidado da criança está distribuída entre duas ou mais gerações. Dos 29 responsáveis pelas crianças, 26 (90%) eram mães; um (3%) era pai; uma (3%) era tia e uma (3%) era avó, todos com a tarefa de acompanhar os filhos aos cuidados profissionais na unidade primária de saúde de referência da área.

As 32 crianças moram, em sua maioria, com o pai e a mãe 20 (62%), nove (28%) moram apenas com a mãe, duas (6%) moram apenas com o pai e uma (3%) mora com os avós.

Observa-se que, das 29 mães, as solteiras correspondem a três (10%); as casadas que moram com o pai da criança, representam 19 (66%); as que estão casadas ou moram com outra pessoa que não o pai da criança representam duas (7%); e as que estão separadas do pai da criança e moram sozinhas são cinco (17%).

A escolaridade das 29 (100%) mães é uma (3%) analfabeta, uma (3%) sabe ler e escrever o nome, 15 (52%) têm ensino fundamental incompleto, quatro (14%) têm ensino fundamental completo, quatro (14%) têm ensino médio incompleto e quatro (14%) têm ensino médio completo.

A escolaridade dos 29 (100%) pais é: quatro (14%) analfabetos, 13 (45%) têm ensino fundamental incompleto, um (4%), tem ensino fundamental completo, três (10%) têm ensino médio incompleto, cinco (17%) têm ensino médio completo e três (10%) não souberam informar.

As 32 (100%) crianças relataram ter uma escova de uso individual, não dividindo com nenhum outro membro da família ou pessoas que coabitam no mesmo domicílio.

Das crianças estudadas, 23 (72%) afirmaram realizar a escovação dental sozinhas, nove (28%) crianças, mesmo com iniciativa de escovação sozinhas, relataram contar com a ajuda dos responsáveis. Destas, sete (78%) crianças contam com a ajuda da mãe, uma (11%) da tia e uma (11%) da avó.

A frequência de escovação dental diária relatada pelo grupo foi: oito (25%) crianças realizam a escovação apenas uma vez ao dia, 18 (56%) realizam duas vezes ao dia e seis (19%) realizam três vezes ou mais.

Com relação aos momentos em que as crianças realizavam a escovação dental, 27 (44%) a faziam ao acordar, quatro (6%) após o café da manhã, dez (16%) após o almoço, três (5%) após o jantar, 16 (26%) antes de dormir e duas (3%) na hora do banho. Podemos perceber que a maioria das vezes em que a criança escova os dentes é ao acordar, seguindo-se o momento antes de dormir.

Quando questionadas acerca de quem ensinou a escovar os dentes, 28 (88%) crianças responderam que foi a mãe e quatro (12%) responderam que foi outra pessoa, no caso, um pai, uma tia, uma avó e uma irmã.

O tipo de creme dental mais utilizado pelas crianças, no momento da escovação, foi o mesmo creme dental da família, para adultos, utilizados por 23 (72%) crianças. Apenas nove (28%) crianças utilizaram o creme dental infantil.

A quantidade de creme dental colocada na escova, no momento da escovação, foi bem mais do que o necessário em 13 (41%) crianças, que disseram cobrir mais da metade ou totalmente as cerdas da escova. Das crianças, 19 (59%) disseram cobrir a metade das cerdas ou menos.

Ao serem questionados acerca da limpeza entre os dentes, a maioria 25 (78%) respondeu que não a realiza. Dentre os sete (22%) que realizam, cinco (71%) utilizam o fio dental e dois (29%) utilizam a “palha de gogó”, que é um material utilizado na confecção de empalhamento de garrafas de aguardente, artesanato comum na região. O período preferido para esta limpeza foi o momento após o almoço para seis (86%) crianças e uma (14%) criança limpava após o café da manhã e antes de dormir.

3.1 Exame clínico

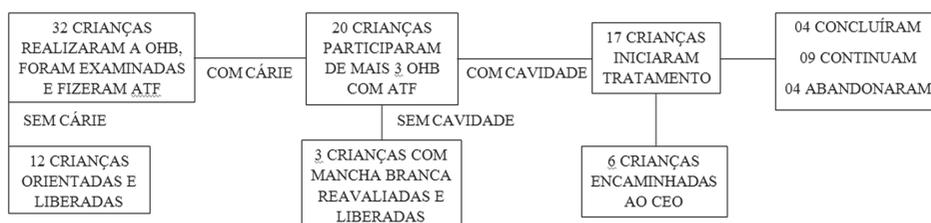
Após o exame clínico pudemos verificar o índice de cárie (ceo-d) nas crianças. Das 32 examinadas, 12 (38%) não exibiram doença cárie, realizaram a aplicação tópica de flúor e foram orientadas a retornar para acompanhamento semestral de rotina na UAPS e 20 (62%) crianças exibiram a doença cárie, sendo direcionadas às atividades educativas de prevenção e atendimento clínico.

Das 20 (100%) crianças com a doença cárie, três (15%) registraram apenas mancha branca e foram encaminhadas somente para atividades educativas de prevenção e 17 (85%) exibiram cavidade de cárie, participando das atividades educativas de prevenção e do atendimento clínico.

Das 17 (100%) crianças com cavidade de cárie, seis (35%) foram encaminhadas para o CEO para realização de exames radiográficos, duas das quais foram também encaminhadas para a clínica de Odontopediatria, para realização de tratamento endodôntico. Todas as crianças com cavidade de cárie iniciaram o tratamento clínico. Destas, quatro tiveram o tratamento concluído, quatro abandonaram o projeto, nove continuam em tratamento e foram inseridas na agenda de atendimento da UAPS, conforme figura 1.

O atendimento clínico aconteceu no consultório odontológico da UAPS Dr. Pedro Sampaio, com início após a avaliação do exame clínico, priorizando-se as crianças que relataram dor, seguidas das que tinham cáries mais extensas, as com maior quantidade de cáries, as que indicaram cáries rasas e em pouca quantidade, até que todas fossem atendidas. Ao final dos momentos específicos de atendimento clínico, algumas crianças foram adicionadas ao agendamento clínico semanal da equipe, para finalização do tratamento

Figura 1- Mapa das atividades desenvolvidas por parte de cada grupo de crianças no estudo, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

A maioria das crianças cooperou com o atendimento odontológico, fato possivelmente estimulado pela interação ocorrida da equipe com elas, nos momentos lúdicos, pois, quando se forma o vínculo na relação profissional-paciente, essa cooperação tende a acontecer (CAMPOS et al., 2010).

Ao analisar os resultados do exame clínico, verificamos o quantitativo de crianças com o índice ceo-d igual a zero, que foi de 15 (47%) e de crianças com ceo-d >0, que foi de 17 (53%). O índice ceo-d das crianças estudadas foi de 2,70, conforme o quadro 1.

Quando comparados os dados epidemiológicos em saúde bucal do Brasil (2003, 2010), Ceará (2004) e Fortaleza (2006/2007) com os resultados da pesquisa, verifica-se que o percentual de crianças com ceo-d igual a zero, ou seja, que não tinham cárie (47%), só está menor do que o encontrado para Fortaleza, que foi (54.66%). Se comparado ao percentual encontrado para a SER VI (46.04%), onde o bairro do estudo se localiza, encontra-se maior, evidenciando um quadro positivo com relação a este indicador. O índice ceo-d (2,70) está maior quando comparado aos índices do SB Brasil (2010) para o Brasil, de Fortaleza e da SER VI, porém encontra-se menor do que o SB Brasil 2003, tanto para o Nordeste quanto para o Brasil, o SB Ceará e o SB Brasil (2010) para o Brasil.

O componente cariado foi o que predominou no estudo, sendo responsável por 90.2% deste índice, aproximado aos resultados do SB Brasil 2010, que foi de 88.8% para a região Nordeste (BRASIL, 2011).

Quadro 1-Comparação entre a epidemiologia da cárie dentária em crianças de cinco anos nos levantamentos epidemiológicos SB Brasil (2003 e 2010), do Ceará (2004) e de Fortaleza (2006/2007) com os resultados deste estudo, Fortaleza, 2014.

	SB Brasil		SB Ceará	Levantamento epidemiológico		SB Brasil		Crianças estudadas *
Ano	2003		2004	2006/2007		2010		2014
Local	Nordeste	Brasil	Ceará	Fortaleza	SERVI	Nordeste	Brasil	Conjunto Palmeiras
Percentual (%) de ceod = 0	34.92	40.62	34.24	54.66	46.04	41.60	46.60	47.00
Índice Ceod	3,21	2,80	3,17	1,62	1,91	2,89	2,43	2,70

Fonte: Elaboração própria.

* As crianças estudadas pertencem a famílias beneficiárias do PBF da área adstrita da equipe de no 640 da ESF.

Com suporte no levantamento de necessidades em saúde bucal, pôde-se verificar que, dos 46 (100%) elementos dentários com cavidade, 15 (32.6%) necessitavam de

restauração em uma face, 29 (61.1%) precisavam de restauração em duas ou mais faces e dois (6.3%) necessitavam de tratamento endodôntico e restauração de duas ou mais faces, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Média das necessidades de tratamento para cárie dentária nas crianças estudadas e respectivos percentuais em relação ao total, Fortaleza, 2014.

Elementos dentários		Com Necessidade de Tratamento					
		Restauração em 1 face		Restauração em 2 ou mais faces		Tratamento Endodôntico e restauração em 2 ou mais faces	
N	%	n	%	N	%	n	%
46	100	15	32.6	29	61.1	2	6.3

Fonte: Elaboração própria.

3.2 Associação entre as variáveis e os índices ceo-d e IHOS

Ao associar o índice ceo-d das crianças com a escolaridade de suas mães é possível observar que, das 15 (100%) crianças com ceo-d=0, sete (46.7%) tinham mãe que cursaram o ensino fundamental incompleto, duas (13.3%) tinham mãe que cursaram o ensino fundamental completo, três (20%) tinham mãe com ensino médio incompleto e três (20%) tinham mãe com ensino médio completo. Das 17 (100%) crianças com ceo-d>0, ou seja, com lesão de cárie, uma (5.9%) tinha mãe analfabeta, duas (11.8%) tinham mãe que sabe ler e escrever o nome, oito (47%) tinham mãe com ensino fundamental incompleto, três (17.6%) tinham mãe com ensino fundamental completo, uma (5.9%) tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (11.8%) tinha mãe com ensino médio completo, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de no 640, beneficiárias do PBF mediante escolaridade da mãe e índices ceo-d e IHOS das crianças estudadas, Fortaleza, 2014.

Variável	Categorias	Crianças		ceo-d = 0		ceo-d > 0		p-Valor	IHOS 0 ≥ 1		IHOS 1 ≥ 2		IHOS ≥ 2		p-Valor	
		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Grau de Instrução da Mãe	Analfabeto	1	3.4	-	-	1	5.9	0.499	-	-	1	10	0.189			
	Sabe ler e escrever o nome	1	3.4	-	-	2	11.8		-	1	6.7	1	10			
	Ensino Fundamental incompleto	15	51.8	7	46.7	8	47.0		2	28.6	11	73.3	2	20		
	Ensino Fundamental completo	4	13.8	2	13.3	3	17.6		2	28.6	-	3	30			
	Ensino Médio incompleto	4	13.8	3	20.0	1	5.9		2	28.6	1	6.7	1	10		
Total	Ensino Médio completo	4	13.8	3	20.0	2	11.8		1	14.2	2	13.3	2	20		

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: O valor n de mães é 29 e o n de crianças é 32.

Ao associar o IHOS e a escolaridade da mãe das crianças, podemos observar que, das sete crianças que apresentaram **IHOS 0 > 1**, duas (28.6%) delas tinham mãe com ensino fundamental incompleto, duas (28.6%) tinham mãe com ensino fundamental completo, duas (28.6%) tinham mãe com ensino médio incompleto, uma (14.2%) criança tinha mãe com ensino médio completo. Das 15 crianças que apresentaram **IHOS 1 > 2**, uma (6.7%) criança tinha mãe que sabe ler e escrever o nome, 11 (73.3%) crianças tinham mãe com ensino fundamental incompleto, uma (6.7%) criança tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (13.3%) tinham mãe com ensino médio completo. Das dez crianças que apresentaram **IHOS > 2**, uma (10%) tinha mãe analfabeta, uma (10%) tinha mãe que sabe ler e escrever o nome, duas (20%) crianças tinham mãe com ensino fundamental incompleto, três (30%) crianças tinham mãe com ensino fundamental completo, uma (10%) criança tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (20%) crianças tinham mãe com ensino médio completo, conforme tabela 1.

Os dados acima sugerem que o IHOS influenciou significativamente o perfil de dentes com necessidade de tratamento, ou seja, com ceo-d > 0.

4. DISCUSSÃO

Em pesquisa realizada por Moreira, Nations e Alves (2007), as pessoas entrevistadas relataram que as precárias condições de vida são fatores que dificultam a priorização dos cuidados em saúde, bem como a falta de dinheiro para comprar escova de dente, creme dental; perder o dia de trabalho para ir ao dentista; muitas vezes as mães chegam em casa cansadas do trabalho e não têm energia para supervisionar a escovação dos dentes dos filhos.

Lagreca (2007) acentua que a privação econômica e social é determinante não só da doença cárie, mas também da maioria das doenças. Ao associar cárie à condição socioeconômica, conclui que a incidência de cárie dentária é 57% maior em famílias com renda de até um salário mínimo quando comparada com famílias com renda acima de quatro salários mínimos.

Corroborando os autores, não resta dúvida de que a pobreza é fundamentalmente uma experiência humana que pode estar associada à concretude do cotidiano na deterioração da qualidade de vida, da autoestima, de uma relação significativa com os outros, podendo suplantá-la para uma relação de crescimento da própria competência para o autocuidado ou de uma participação na definição do significado da vida pessoal e dos membros da família.

Campos Filho (2007) constata, em seu estudo, que as famílias beneficiadas por programas de transferência de renda percebem melhoras significativas na qualidade de vida, relacionados a alimentação, moradia, cuidados com a saúde e o bem-estar, principalmente dos filhos. A maioria dos entrevistados concentra suas expectativas na possibilidade de melhores oportunidades para os filhos, advindas do estímulo ao crescimento da escolaridade.

A mãe é a principal responsável por acompanhar a criança à unidade de saúde, representando uma parcela significativa no desenvolvimento de atitudes de cuidado à saúde bucal, verificando-se ser destas a orientação às crianças em relação aos hábitos de higiene bucal. Constatamos a importância da atuação da equipe de saúde bucal em contextos ampliados, mobilizando competências e habilidades no sentido de motivação das mães para participação em atividades que envolvam o autocuidado, para a melhoria na qualidade da saúde da família.

Ao se verificar a escolaridade das mães em relação à presença de cavidade de cárie, pode-se observar que o maior índice de cárie entre as crianças estudadas se concentra em mães com grau de escolaridade de até ensino fundamental incompleto. Assim a importância de se orientar as mães na busca de uma escolaridade mais avançada e o que fazer para manter a saúde bucal por meio de instruções de como realizar a higiene oral de seus filhos e hábitos culturais nocivos para a saúde bucal.

Vários autores associam a escolaridade materna com a presença de cárie. Lagreca (2007) estudou crianças de seis a dez anos e descobriu que quanto maior a educação

formal da mãe, menor o CPO-D das crianças. Moreira, Nations e Alves (2007), ao estudar o impacto do aleitamento materno no desenvolvimento da cárie dentária em crianças de dois a 12 anos de idade, conclui que houve relação inversamente proporcional entre maior escolaridade materna, bem como paterna, e menor experiência de cárie dentária.

Outro aspecto relevante nos depoimentos trata da facilitação de acesso ao atendimento: “A gente nunca vem aqui porque nunca consegue uma ficha pra se consultar”; “É tão difícil a gente conseguir uma vaga pro dentista que a gente desiste”. Entra nesse âmbito a reflexão de que as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família ainda têm dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde, com prejuízos consequentes aos processos de cuidado à saúde bucal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as crianças examinadas, 23 (72%) afirmaram realizar a escovação dental sozinhas; 18 (56%) realizam a escovação duas vezes ao dia; 20 (62%) exibiram a doença cárie, sendo direcionadas às atividades educativas de prevenção e atendimento clínico. Todas as crianças com cavidade de cárie iniciaram o tratamento clínico. A baixa escolaridade da mãe influenciou diretamente na condição de saúde bucal de seu filho.

O quantitativo de crianças com o índice ceo-d igual a zero foi de 15 (47%) e de crianças com ceo-d > 0 foi de 17 (53%).

Este estudo foi interessante no sentido do apoio às famílias em situação de pobreza, possibilitando a atenção à saúde com dimensão ampliada, com o fito de superar a vulnerabilidade aos agravos na saúde bucal, deflagrando a intervenção precoce no processo cariioso, por meio do reforço do direito de acesso destas famílias aos serviços básicos de saúde bucal e Educação em Saúde, aparecendo como um dos caminhos para a conquista da prevenção da cárie dentária e melhoria da qualidade da saúde bucal das famílias em situação de pobreza.

Verifica-se a importância de atuar em conjunto, na orientação de crianças e dos responsáveis, principalmente as mães, por meio da entrevista de ajuda e de atividades lúdicas envolventes, considerando que a associação entre atividades de Educação em Saúde, e intervenções precoces no processo cariioso faz-se necessário para motivar as crianças na adoção de práticas para o autocuidado em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.; JESUS, W. L. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 654-658, 2006.

ALVES, H. J. **Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social**: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ). Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; THERRIEN, S. M. N. Educação em saúde: reflexões para promoção da vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 33. p. 633-651.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; SILVA, M. J. E. S. **Portfólio**: como trabalhar com o método de oficinas. Fortaleza: UECE, 2005.

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Governo Federal. Lei nº 10836. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em: 15 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28. DOU de 31/07/2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Programa Bolsa Família**: critérios de inclusão. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/criterios-de-inclusao>. Acesso em: 6 jul. 2013.

BUSS, P. M.; PELEGRINI, F. A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAMPOS, C. C. *et al.* **Clínica odontológica infantil: passo a passo.** Goiânia: UFG, 2010.

CAMPOS FILHO, A. C. **Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: uma análise à partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima.** Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

CANALLI, C. S. E. **Fatores não biológicos associados à cárie dentária: um estudo qualitativo em odontopediatria.** 2010. 91 f. Dissertação (mestrado) - Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SBCeará: resultados principais.** Fortaleza, 2004.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

COSTA, S. M. **Determinantes sociais da cárie dentária em adultos de municípios do entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** 2012. 224 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

CURY, J. A.; NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FORNI, T. I. B.; JUNQUEIRA, S. R.; SOARES, M. C. **Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária.** 2000.

DATASUS. **Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB).** Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2012. Município: Fortaleza. Segmento: 06 - SER 6 - (zona urbana) Equipe: 0640 - Jangurussu 7.

DIAS, G. G. **Avaliação da efetividade de um programa de controle de placa dento bacteriana em pacientes autistas.** São Paulo, 2009. 59 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DOMINGOS, P. A. S.; RIBEIRO, D. G.; DINELLI, W.; STAUFACKAR, C. A.; CAMPOS, J. Á. D. B. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. **Arq. Odontol.**, v. 45 n. 2, abr./jun. 2010.

FONTANA, M.; YOUNG, D. A.; WOLFF, M. S.; PITTS, N. B.; LONGBOTTOM, C. Defining Dental Caries for 2010 and Beyond. **Dent. Clin. North Am.**, v. 54, n. 3, p. 423-440, 2010. Disponível em: <www.mmclibrary.com/Defining_Dental_Caries_for_2010_and_Beyond.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde do Município. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-CE, 2006-2007. **Bol. Epidemiol., Fortaleza, 37 p., 2010.**

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/CRecomenda.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.

KEYES, P. H. Recent advances in dental research: bacteriology. **Int. Dent. J.**, v.12, n.4, p.443-464, Dec. 1962.

LAGRECA, B. T. **Avaliação dos fatores de risco associados à doença carie dentária que incidem sobre a população de escolares em Xerém-Duque de Caxias**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2007.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, jun. 2007.

NEWBRUN, E. **Cariologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1988.

OMS. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 4. ed. Genebra, 1997.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental Caries. **Lancet**, v. 369, p. 51-59, 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

THOMAS, I. L. **Taste genes predict tooth decay**. Alexandria, VA: International Association for Dental Research/ American Association for Dental Research, 2010. Disponível em: <http://www.iadr.org/files/public/JDR_GenesandToothDecay.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes conceitos da cárie dentária e suas implicações. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 209-217.

Círculos de cultura e o adolescente: contribuições para atitudes saudáveis frente às drogas

*João Henrique V. Cavalcante
Eliany Nazaré Oliveira
Yolanda Flores e Silva
Francisco Rosemiro G. Ximenes Neto*

I INTRODUÇÃO

No Brasil, é possível observar o impacto que o consumo de drogas tem causado na população e na saúde pública. Informações do Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009b) demonstram que entre 2001 e 2007 foram observadas 965.318 internações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, ou seja, 1,2% de todas as internações do país tiveram relação direta com as drogas.

Quanto aos usuários, há uma tendência de convergência do consumo de drogas para sujeitos cada vez mais jovens, sendo, este consumo, descrito como um grande fenômeno da juventude em alguns países. As taxas de prevalência aumentam gradualmente entre os adolescentes atingindo seu pico entre pessoas com idade entre 18 e 25 anos. (UNITED NATIONS, 2012).

O Ministério da Saúde seguindo a classificação da OMS define a adolescência como o período da vida humana compreendido entre 10 e 19 anos de idade, em que ocorrem mudanças de grande importância para os sujeitos, principalmente de ordem emocional, tais como o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica (BRASIL, 2009a, 2010b).

É neste contexto de mudanças físicas, definição e maturação da estrutura psicológica e emocional e busca da identificação de papéis, que tendem a ocorrer os primeiros contatos e uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas, muitas vezes estimulados pelo meio em que o sujeito está inserido.

Contudo, cada jovem tem a capacidade de assumir comportamentos próprios diante dos fenômenos da

vida, assim como diante do uso de drogas. Nos estudos de Guzman-Facundo (2011), Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) e Pedroso (2006) é possível perceber que o consumo de drogas sofre influência de aspectos subjetivos dos sujeitos como suas crenças e expectativas de efeitos. Outro fator de influência é o que é assimilado pelos adolescentes dos ensinamentos e da observação de seu mundo.

Dessa forma, entendemos que o acesso a aspectos subjetivos são determinantes no processo de educação e promoção da saúde entre os adolescentes, contudo estes não podem ser transformados por intermédio de métodos educacionais e informativos embasados apenas na transmissão de informações, necessitando para isso de um espaço que valorize o diálogo e a expressão de sentimentos, preconceitos, dúvidas e opiniões, sendo assim voltado à formação humana.

Para tanto, Paulo Freire desenvolveu a metodologia do Círculo de Cultura. Em seus escritos o autor descreve o Círculo de Cultura como um espaço em que os sujeitos não só aprendem juntos, mas apreendem o mundo um do outro, em um processo dialógico. Os Círculos de Cultura consolidam-se como centros em que os sujeitos se encontram no diálogo sobre seu mundo, para, mediante reflexão crítica sobre este, organizar-se e planificar ações de interesse coletivo, culminando assim com uma prática transformadora. Suas atividades têm início com a imersão no mundo dos educandos, tornando o aprendizado mais significativo para os envolvidos. (FREIRE, 2011a, 2011d).

Nesse sentido, decidimos por desenvolver vivências dentro do espaço escolar, que dessem resposta ao nosso questionamento: diante do avanço do consumo de drogas que favorece situações de vulnerabilidade entre adolescentes, o Círculo de Cultura poderia contribuir para a assunção de comportamentos mais saudáveis por parte destes sujeitos?

Supomos assim, que a implementação dos Círculos de Cultura poderia favorecer um aprofundamento em aspectos do cotidiano sociocultural dos adolescentes. Estava então, consolidado o objetivo de nosso trabalho que foi o de estimular entre adolescentes de uma escola pública de Sobral-Ceará, a reflexão crítica e a vivência de atitudes saudáveis frente às drogas, com a implementação dos Círculos de Cultura

2 PAULO FREIRE - DA CULTURA AOS CÍRCULOS DE CULTURA

Paulo Reglus Neves Freire, nordestino, nasceu na capital pernambucana – Recife, em 1921, filho caçula de uma família tradicional cristã da classe média, sendo seu pai militar e sua mãe dona de casa. Teve vida pacata em uma casa mediana, o qual o mesmo descreve como o local de suas primeiras experiências de leitura do mundo, para então despertar-se como leitor das palavras. (FREIRE, 1989).

Gadotti (2004) abre uma reflexão sobre o que vem sendo denominado “Método Paulo Freire”, relatando que vai além de um método, trata-se muito mais de uma teoria do conhecimento ou mesmo uma filosofia da educação. Essa teoria tem um corpo

próprio de conceitos, é dotado de uma visão de mundo e de um ideal humanitário que é descrito, pelo próprio Freire (2011a), como um processo em que o homem não é um paciente, cuja sua única virtude seria realmente ter paciência para suportar a incomensurável distância entre a sua experiência existencial e o conteúdo que lhe apresentam, antes ele deve exercer um papel ativo, como sujeito de seu processo de aprendizado.

Segundo Freire (2011a) e Marinho (2009), o método é descrito como sendo composto por três momentos:

- **Investigação:** animador e educandos buscam juntos as palavras e os temas mais significativos da vida destes, dentro de seu universo vocabular e da comunidade onde vivem. Esses temas são chamados de temas geradores sendo a partir deles que se desencadeia o processo de diálogo e reflexão crítica;

- **Teorização/tematização:** momento da tomada de consciência do mundo, por meio da análise dos significados sociais das palavras e temas geradores. Construção de situações desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão descodificados pelo grupo com a mediação do educador.

- **Problematização:** partindo das situações codificadas, buscamos a decodificação, pela reflexão crítica dos problemas apresentados e até do próprio produto da reflexão. Nesse momento, o animador desafia e inspira o educando a superar a visão mágica e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada e conscientizadora.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A natureza deste trabalho encaminha-nos para uma pesquisa com abordagem qualitativa, por tratar de questões muito particulares dos sujeitos: seus significados, motivos, aspirações, crenças valores, atitudes etc. Promovendo um mergulho nas interações situacionais nas quais os sentidos são produzidos e os significados são construídos, é possível a construção de um conhecimento sobre o humano-social e o humano-educacional. (GATTI; ANDRÉ, 2010; MINAYO, 2011). Quanto ao tipo, é classificada como uma pesquisa-intervenção. Sobre o processo de formulação da pesquisa-intervenção, Rocha e Aguiar (2003) remetem a um aprofundamento da cisão com as abordagens conservadoras de pesquisa, ampliando as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas como proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, uma vez que propõe uma intervenção de natureza micropolítica na vivência social.

O cenário da pesquisa foi a cidade de Sobral – CE, uma cidade do semiárido cearense, distante cerca de 230 km da capital Fortaleza. Dentro desse cenário, o local que optamos por realizar a pesquisa foi o Colégio Estadual Dom José Tupinambá da Frota, considerada como a mais tradicional escola pública sobralense, principalmente por seu legado histórico que se confunde com a própria história do município.

O estudo foi realizado no período entre agosto de 2013 e março de 2014, envolveu quatro turmas de nono ano do ensino fundamental do turno da manhã, envolvendo assim 121 estudantes. Grande parte desses sujeitos é de baixa renda estando expostos a condições adversas de moradia e segurança em seus bairros.

A decisão por essas turmas foi tomada em comunhão com a direção e coordenação pedagógica da escola, por serem turmas mais homogêneas, com educandos de entre 14 e 17 anos de idade, que se mostravam com maior potencial de permanência na escola durante o período do estudo com possibilidade de inclusão das atividades da pesquisa sem prejuízos ao cronograma de aulas.

As intervenções foram programadas para durar um ou dois tempos de aula (entre cinquenta a cem minutos) à cada quinze dias com cada turma. Duas turmas eram trabalhadas por semana.

Sendo fiéis aos preceitos de Freire (2011b) que afirma que “[...] nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”, fizemos a opção por chamar de “sujeitos” os participantes da pesquisa. Mais do que uma caracterização metodológica, nos amparamos na semântica da palavra.

O percurso que utilizamos nesta intervenção, para o planejamento dos Círculos de Cultura foi embasado nas cinco fases propostas por Freire (2011a), sendo elas:

a) Levantamento do universo vocabular dos adolescentes: fase que perpassa todas as outras, iniciando com os primeiros contatos com os sujeitos, mas momentos pontuais podem ser planejados para potencializar o conhecimento acerca do grupo com o qual se vai trabalhar;

b) Escolha das palavras, expressões ou temas selecionados do universo vocabular pesquisado: exercício reflexivo que preferencialmente deve envolver os sujeitos na definição das temáticas mais relevantes para o processo educacional, os temas surgem a partir do universo vocabular dos sujeitos;

c) Criação de situações existenciais típicas do grupo com quem se vai trabalhar: aqui o pesquisador/educador, agora mais próximo do mundo das vivências e significados dos sujeitos/educandos, identifica situações da realidade dos destes que tem potencial para tornar o aprendizado mais significativo para todos;

d) Elaboração de material educativo/estratégias que auxiliem no encaminhamento do diálogo no Círculo de Cultura: momento de codificação das mensagens que serão decodificadas por meio do diálogo em torno de cada tema trabalhado. Podem ser utilizadas fotos, vídeos, músicas, textos ou dinâmicas de grupo que trazem uma mensagem passível de reflexão crítica;

e) Preparação de um roteiro com a decomposição dos temas a serem trabalhados: este roteiro, que é o planejamento dos passos a serem seguidos no Círculo de Cultura,

indica a estratégia definida pelo pesquisador/educador para aprofundamento teórico dos temas.

Para adentrar o mundo dos sujeitos e assim fazer o levantamento do universo vocabular destes, foram planejados duas atividades iniciais. Consideramos que a primeira foi um encontro com os sujeitos, um momento para estabelecer com eles um primeiro contato e conhecer seus sonhos e aspirações, este encontro foi chamado de “Vislumbrando um inédito viável”. O segundo momento se deu como uma oficina de trabalho chamada de “Meu caminho pelo mundo eu mesmo traço”. Partindo do produto destes dois encontros, foram planejados os Círculos de Cultura, junto com os sujeitos, sendo seus temas: Liberdade, liberdade, abre as asas sobre nós; Em um mundo violento, quem cuida de mim?; Como habitar meu corpo; Cidade para pessoas e pessoas para cidades. Ao final em um exercício de protagonismo os adolescentes produziram um vídeo, proposto como material educativo.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, esta pesquisa foi pautada na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em que foi aprovada sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 17320613.4.0000.5053.

4 RELATO DA INTERVENÇÃO

4.1 O primeiro encontro: vislumbrando um inédito viável

Em nossa primeira aproximação com os sujeitos para executar as atividades educativas, buscamos fazer um mergulho em seu mundo para pinçar dele as palavras que seriam a base dos temas geradores para os Círculos de Cultura.

Planejamos, então, uma atividade em que os sujeitos foram convidados a assistir a um vídeo motivacional. O texto do vídeo convida-nos a não deixar de sonhar, a planejar um futuro e investir em nossos sonhos, conclui fazendo a pergunta: “O que você quer ser quando crescer?”. Esse foi o mote do primeiro encontro. Assim, os adolescentes foram desafiados a expressar através de um desenho a resposta para a pergunta do vídeo, que surgia para eles como um inédito viável.

Alguns estudantes apresentaram dificuldades em expressar seus sonhos ou projetos de vida, diziam nunca terem pensado nisto antes. Freire (2000) alerta que não é saudável à prática educativa o total esvaziamento dos sonhos e utopias, pelos quais se lute pela realização.

Muitos outros concluíram a atividade e assim vislumbraram um inédito viável, para além das situações limite em suas vidas. Estes, superando sua consciência real, avançaram rumo a uma consciência possível e mostraram-se extremamente comprometidos com seus sonhos e assim com seu mundo.

A maioria dos desenhos dos sujeitos fazia menção à realização profissional, como: carreiras relacionadas à saúde humana: medicina, psicologia, enfermagem, odontologia; carreiras relacionadas ao Direito: advogado, promotor, juiz; relacionadas à construção civil: engenharia, arquitetura, construtor; policiais ou militares; relacionadas aos esportes; carreiras relacionadas às artes: música, dança, artes cênicas, moda; carreiras relacionadas ao ensino e pesquisa: professor, cientista, filósofo; Medicina Veterinária; empresário, executivo, contabilista; carreiras que não necessitam de curso superior: operador de caixa, mecânico, secretária, motorista, mototaxista. Além de carreiras profissionais eram manifestados sonhos como viajar e conhecer novos lugares, constituir família e assumir missões religiosas.

A expressão dos desenhos e frases, produzidos neste encontro pelos sujeitos, mostra que eles almejam a ascensão social e financeira, mas também querem ser agentes de mudança para o seu meio social, com respostas altamente comprometidas para as questões sociais, da saúde, de segurança, infraestrutura, educação, entre outras. Mesmo que seja esta expressão, uma resposta à situação vivenciada por eles em seu cotidiano, o movimento de planejar um futuro voltado a melhorar áreas que extrapolam seus limites individuais é tido como uma manifestação de compromisso ético com sua vida, sua família, sua escola. (FREIRE, 2011c)

4.2 Meu caminho pelo mundo, eu mesmo faço

Para o segundo momento, organizamos uma oficina em que uma turma, dentre as que estávamos trabalhando, foi sorteada para que estes adolescentes pudessem contemplar, junto com os educadores, os desenhos e frases que foram frutos do primeiro encontro, organizando-os em categorias por afinidade temática.

Cumprindo com essa ação a segunda fase do planejamento do Círculo de Cultura, foram montadas as categorias importantes para o delineamento dos temas geradores. Os desenhos foram agrupados levando em consideração, não só a carreira ali indicada, mas todo o contexto do que estava sendo expresso naquele momento e que era compreendido pelos sujeitos. Na sequência, apresentamos as categorias que foram construídas pelos sujeitos:

- **Violência:** Desenhos que expressaram cenas de violência que foi identificado dentre os sujeitos como um desabafo ao cotidiano vivenciado em muitos bairros de Sobral.
- **Liberdade e Independência:** Expressão do desejo de alcançar independência financeira, de realizar viagens e ter bens desejados na adolescência.
- **Lei e Ordem:** Expressa a vontade de ajudar pessoas queridas que os adolescentes tenham presenciado em situações de injustiça, assim como a admiração por aqueles que têm o poder de trazer ordem para suas realidades de convívio social.

• **Cuidado com os outros:** Esta categoria refere-se a adolescentes que encontram no cuidado ao outro a sua realização, cuidado que muitas vezes já é exercido em casa, direcionado aos irmãos mais novos, sobrinhos ou avós.

• **Cuidar de si:** Nesta categoria os adolescentes revelam o interesse por esportes e por práticas que denotam o cuidado para si. O fruto desse cuidado é um bem-estar físico com o cuidado ao corpo, o bem-estar mental ao verem superados os seus limites e o bem-estar social quando alimentam um sentimento de defesa da pátria.

• **Cuidado com os animais e a natureza:** Cuidar dos animais na perspectiva destes sujeitos é cuidar de toda a natureza. Indignados com a forma que a natureza vem sendo agredida esta é uma maneira que eles encontraram de mudar esta realidade e de serem pessoas melhores.

• **Construção de um mundo melhor:** Esta categoria é formada por aquelas pessoas que buscam construir um lugar melhor para se viver. Seja através da educação, da reflexão ou da ação.

h) **A arte da vida:** A arte é expressa pelos sujeitos como uma maneira de embelezar mais seu mundo. Ao tempo em que é vista como oportunidade de descontração é também encarada como um caminho para o sucesso pessoal e financeiro.

i) **O cotidiano da vida:** Esta categoria reflete que alguns sujeitos querem apenas reproduzir em seu futuro as coisas simples de seu cotidiano, não que não tenham perspectivas melhores, mas é que o seu cotidiano já tem um encanto que os seduz.

O Quadro 1, que sintetiza que temas geradores foram construídos e as categorias que os motivaram, logo na sequência, iniciamos a descrição dos Círculos de Cultura desenvolvidos. A indicação dos temas foi realizada na oficina, contudo a denominação dos Círculos de Cultura foi feita pelo pesquisador em momento posterior.

Quadro 1 – Apresentação dos temas geradores e Círculos de Cultura por sujeitos do Colégio Estadual Dom José Tupinambá da Frota, Sobral-Ceará, 2014.

CATEGORIAS DE INFLUÊNCIA	TEMAS GERADORES	CÍRCULOS DE CULTURA
- Liberdade e Independência; - Lei e Ordem; - A arte da vida.	Liberdade e limites	Liberdade, liberdade abre as asas sobre nós.
- Violência; - Cuidado aos outros.	Violência e cuidado	Em um mundo violento, quem cuida de mim?

- Cuidar de si; - A arte da vida.	Cuidado e valorização do corpo	Como habitar meu corpo?
- O cotidiano da vida; - Construção de um mundo melhor; - Cuidado aos animais e à natureza.	Exercício da cidadania e nossos direitos e deveres.	Cidades para as pessoas e pessoas para as cidades.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na sequência é apresentada uma síntese com os resultados dos Círculos de Cultura.

4.3 Círculo de cultura: "Liberdade, Liberdade abre as asas sobre nós"

A atividade constou de três fases: a primeira foi uma dinâmica de descontração e integração; a segunda foi uma apresentação de imagens por meio de slides, que continham mensagens codificadas; a terceira fase foi a decodificação das mensagens por meio do diálogo.

Ainda na dinâmica inicial as primeiras expressões dos sujeitos acerca do que seria liberdade apontaram para uma visão como sendo o oposto de prisão, poucos pensaram na liberdade por outras perspectivas.

Na segunda fase do Círculo de Cultura, no qual estimulamos a problematização do tema, apresentamos algumas imagens para um exercício de descodificação pelos educandos: um homem de pé à beira de um penhasco com os braços abertos contemplando o mar; uma gaiola aberta com um pássaro à porta; um ovo vazio com a casca quebrada.

Ao descodificar as mensagens codificadas nas imagens os sujeitos percebem que o estabelecimento de limites é importante para a liberdade. Como o homem no penhasco, eles têm liberdade para fazer suas escolhas, mas estas escolhas podem ter consequências perigosas para sua segurança, como o consumo de drogas. Os adolescentes percebem que se o homem escolhesse pular do penhasco, não estaria fazendo bom uso de sua liberdade, uma vez que sua escolha poderia trazer a morte.

A imagem da gaiola gerou discussão acerca das situações que oferecem risco à liberdade, limitando ou anulando-a. Estas situações que assumem a figura da gaiola foram descritas pelos sujeitos como as doenças, as drogas, más companhias, etc. Na visão dos sujeitos, além de cercear a liberdade, a gaiola torna os pássaros mais limitados a uma vida fora daquele espaço, gerando dependência, tal qual a que as drogas causam em seus usuários.

Foi citado ainda como gaiola para os sujeitos, as leis, a família e a escola, por limitarem a liberdade almejada por eles. Este pensamento foi desconstruído com a contemplação da imagem da casca de ovo. Perceber que o ser que estava dentro do ovo, não estava preso, mas protegido, fez os adolescentes perceberem que figuras como família e escola, muitas vezes os limitam, mas com a intenção de protegê-los.

Perceber a importância do estabelecimento de limites para a vivência mais segura da liberdade aproximou os sujeitos de um resultado descrito por Dos Santos, Nascimento e Menezes (2012) em seu estudo, quando afirmam que a situação de falta de limites em uma escola incomodou de tal forma os adolescentes que eles cobram uma redução da permissividade ali existente, com a imposição de mais limites. Os autores citados afirmam que os adolescentes de seu estudo perceberam que a liberdade estava causando prejuízos para o seu aprendizado e convívio social dentro da escola, os deixando menos protegidos, mais vulneráveis.

Boff (2012) afirma que a ponderação entre a liberdade e os limites é que torna o homem um ser ético, responsável pelos seus atos e suas consequências, que decide entre o bem e o mal, para ele e para os outros. A consciência sobre os fatores que realmente geram ou limitam a liberdade podem ser fundamentais na decisão pelo consumo, ou não das drogas.

Com esta atividade, os sujeitos compreenderam que a liberdade não diz respeito apenas a estar ou não estar restritos a um espaço físico, mas principalmente em ter a consciência de fazer escolhas que os deixem realmente livres.

4.4 Círculo de cultura: em um mundo violento, quem cuida de mim?

Neste Círculo de Cultura, tivemos a intenção de lançar um olhar reflexivo e crítico sobre a influência da violência e do cuidado para uma vida melhor. Utilizamos nesta atividade uma dinâmica de integração e um vídeo para estimular o diálogo do grupo para juntos compreendermos as repercussões da violência na vida dos sujeitos.

A dinâmica utilizada era um jogo, no qual cada adolescente deveria proteger um balão que estava amarrado ao seu pé. Vencia a equipe que ficasse com o maior número de balões. Foi percebido pelos sujeitos que a maioria assumiu comportamentos violentos com o intuito de vencer a competição.

Pensamos que este modelo reproduzido no jogo aproxima-se do que Boff (2012) apresenta como o paradigma da conquista, o mesmo modelo de produção e relação social que esteve presente na colonização brasileira e que ainda perdura no contexto atual, no qual a lógica da dominação e exploração dos homens e da natureza se faz por meio da violência, sem serem respeitados os seus limites e sem solidariedade para com as gerações futuras.

Buscamos avançar no diálogo assistindo a um vídeo que mostra uma realidade de violência e cuidado, vivenciada ou por muitos jovens contemporâneos. Percebemos que alguns ficavam emocionados ao final do vídeo, outros elogiavam a história e a música, houve ainda os que ficaram indiferentes e em silêncio. O resultado da discussão sobre o vídeo mostra que a violência está cada vez mais presente na realidade de vida daqueles adolescentes, sem que eles tenham, contudo, um espaço para o diálogo sobre este tipo de questão.

A discussão sobre as situações e comportamentos violentos presente em nosso cotidiano é importante, pois quanto mais nos silenciemos e assumimos uma posição alienada e descomprometida diante de todas as formas de violência, menos transformamos nossas realidades e esquecemos que, para mudá-las, temos de nos aproximar da realidade de outrem. (PARANÁ, 2008).

Embalados pelo diálogo estabelecido, desafiamos os adolescentes a responder ao questionamento: diante de tanta violência presente em nosso cotidiano, quem cuida de nós? Trazemos a síntese das respostas na fala de quatro sujeitos:

[...] só Deus pode cuidar da gente, com tanta coisa ruim no mundo. (ESTUDANTE – 9º C).

[...] meus pais cuidam de mim. (ESTUDANTE - 9º A).

[...] as autoridades deviam cuidar de nós, dar segurança, saúde, educação, essas coisas que a gente precisa. (ESTUDANTE – 9º A).

[...] nós mesmos devemos cuidar da gente. (ESTUDANTE – 9º D).

Estas foram as dimensões de cuidado apontadas pelos sujeitos e que pautaram nossos diálogos: o divino, o familiar, o político-administrativo e o autocuidado. Pela observação do conteúdo e contexto dos diálogos, percebemos que essas dimensões revelam as suas expectativas de cuidado, ou seja, quem eles acreditam e esperam que exerça este cuidado voltado aos mesmos.

4.5 Círculo de cultura: como habitar meu corpo?

Este encontro com os sujeitos originalmente objetivava: realizar uma reflexão sobre a constituição do nosso corpo com seus aspectos físico, mental e espiritual; promover a valorização do corpo como importante meio de expressão e comunicação com o mundo; discutir o que é e o que não é saudável ao nosso corpo.

Neste Círculo de Cultura optamos por proporcionar uma experiência de cuidado ao corpo. Nosso intuito ali, não era apenas a coleta de informações, queríamos passar por esta experiência e que ela fosse significativa para todos. Iniciamos com uma sessão de alongamento e uma dinâmica para facilitar um processo de reflexão e meditação.

Durante o alongamento, percebemos sujeitos com pouca flexibilidade e amplitude de movimentos e sentindo dores ao assumir algumas posturas. Considerando que estávamos lidando com adolescentes, esperávamos que os mesmos não enfrentassem dificuldades alguma para realizar os movimentos.

Na dinâmica, era entregue uma folha de papel em branco a cada um, explicamos que aquela folha representava o nosso corpo. Deveríamos pensar na vida, nos momentos bons e ruins e amassar o papel a cada pensamento, ao final deveríamos desamassar o papel e pensar se queríamos jogá-lo no lixo. Concluída a dinâmica convidamos todos a fechar os olhos e através de exercícios de respiração e música suave, buscar o relaxamento, tomando consciência de cada área de nosso corpo e dos pensamentos que tivemos ao amassar o papel.

Os principais comentários dos adolescentes diziam respeito a não desprezar seu corpo, independente das marcas ou feridas que ele possuía; cuidar melhor de seu corpo para que quando alcançara maturidade eles não estejam tão sofridos; ter responsabilidade com o que estavam consumindo, como de drogas ou alimentos, pois isso poderia prejudicar a saúde de seu corpo; estavam precisando cuidar mais de sua mente e seu espírito.

Os adolescentes estão cada vez menos envolvidos em atividades de prática corporal, ficando fisicamente inativos. A causa disso é o fato de estarem dedicando mais tempo às atividades de baixa intensidade, como assistir televisão, usar computador, jogar videogame ou ficar ao celular por horas. Tais atividades desde a infância vêm promovendo entre os jovens comportamentos sedentários e menos atenção ao seu corpo, na perspectiva do cuidado à saúde e desenvolvimento motor. (ENES; SLATER, 2010; FARIAS JUNIOR, 2008; SILVA et al., 2008).

A atividade física além de prevenir os prejuízos, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial e doenças coronarianas, tem um grande potencial para melhorar sintomas depressivos e ansiosos, sendo possível evidenciar uma relação positiva entre a prática de atividades físicas na adolescência e baixa adesão ao consumo de drogas na idade adulta, uma vez que o estilo de vida associado às práticas corporais é incompatível com o consumo de substâncias psicoativas. (RIBEIRO; OLIVEIRA; MIALICK, 2012).

A meditação quando investida de caráter espiritual pode ser compreendida como geradora de um compromisso consigo mesmo e com os outros, pautado por ideais mais amplos e nobres e por crenças que dão sentido sólido à vida de quem faz esta opção. Essa atitude fortalece os sujeitos e eles geralmente não encontram sentido em resolver suas crises ou de buscar completude em meios artificiais. (SANCHEZ; RIBEIRO; NAPPO, 2012).

Para nós, este momento foi rico, não pelo aprendizado ou pelo conteúdo do tema gerador discutido, mas pelo que significou para os sujeitos. Freire (2011b) fala que nós não nos damos conta, que um simples gesto do educador pode valer como força alentadora ou como a oportunidade do educando assumir-se a si mesmo como sujeito

de transformação. Continua lamentando que a escola perca hoje o seu caráter de formação integral em detrimento de uma transmissão de conteúdos, muitas vezes vazios de sentido para os educandos.

4.6 Círculo de cultura: cidades para as pessoas e pessoas para as cidades

O título deste encontro com os sujeitos foi inspirado no livro do arquiteto e urbanista dinamarquês Jan Gehl – **Cidades Para Pessoas**. Buscamos traçar um diálogo com os sujeitos sob a óptica de Gehl (2013), refletindo acerca das cidades ideais para o bem-estar de seus habitantes, contudo incluindo elementos que dizem respeito aos comportamentos humanos para viabilizar o bem-estar nas cidades, que nada mais é do que a vivência da cidadania.

Pensamos ser importante para estes jovens refletir nesta perspectiva, uma vez que dentre os fatores de proteção ao consumo de drogas temos o envolvimento dos jovens às questões sociais e ao bom desenvolvimento de sua cidade, através do respeito às leis e normas de convivência e conduta. (BRASIL, 2010c).

Utilizamos em slides, imagens do cotidiano de algumas cidades como ativadoras de discussão: enxurradas, acúmulo de lixo, violência urbana, desigualdade social, inaccessibilidade, degradação da natureza etc. Em todas as imagens, fazíamos a reflexão, pautados na relação daquela situação com as pessoas e com a cidade em si.

Os diálogos seguiram por muitos caminhos diferentes conforme íamos avançando com a apresentação das imagens. O resultado dos diálogos foi agrupado em categorias que serão aqui apresentadas:

- **Política e responsabilidade social:**

Os diálogos que levaram à composição desta categoria mostram-nos sujeitos extremamente incomodados com os problemas de ordem política ou administrativa, de sua escola e de sua cidade, mas de seu estado e país, mas que vislumbram possibilidades de uma cidade melhor se houver o comprometimento de seus habitantes.

- **As questões ambientais:**

O lixo foi colocado como uma questão central em praticamente todos os diálogos, sendo mostrado pelos educandos como a principal causa dos transtornos percebidos nas cidades. Alguns sujeitos mostraram-se curiosos em saber o destino final do lixo de Sobral, demonstrando preocupação com as questões ambientais de sua cidade.

- **Acessibilidade e as pessoas com deficiência**

A postura dos sujeitos não foi de assumir sentimentos, como pena ou dó, de pessoas com deficiência, manifestaram o entendimento de que essas pessoas devem ser respeitadas em seus direitos: “A cidade tinha que ser igual pra todo mundo, mas quem

tem problemas com deficiência mal conseguem sair de casa se não for com outra pessoa, não é seguro para elas ficar andando sozinhas”.

4.7 Luz, câmera, ação: descrevendo uma vivência de protagonismo

Ao final de nossa intervenção os sujeitos realizaram a gravação de um vídeo totalmente protagonizado por eles, que foi intitulado de “Adolescência saudável, vida sem drogas”. O produto gravado se conforma como um material educativo que pode servir de subsídio para trabalhos voltados à prevenção do consumo de drogas entre adolescentes, trazendo questões importantes para a discussão como a sedução das drogas, o tráfico em espaço escolar, a rede de influências para o consumo, o tratamento de usuários e a arte e a música como expressões de uma adolescência saudável e sem drogas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses encontros, o Círculo de Cultura mostrou todo o seu potencial enquanto método de ensino e aprendizado e nos fez compreender que seu caráter cíclico não está apenas na disposição dos sujeitos em sala, mas na incrível capacidade de aflúrem novos temas geradores e novas oportunidades de ensino, que vão comprometendo ainda mais educandos e educadores, neste ciclo de aprendizagem.

É aí que reside a importância do Círculo de Cultura como espaço de consolidação do cuidado e do desenvolvimento dos adolescentes. Em nossos encontros, esses sujeitos puderam se expressar, movimentar-se, indignar-se, aprender e apreender o mundo uns dos outros. Puderam também vislumbrar seus sonhos e acreditar em utopias, contemplar um inédito viável para suas vidas.

Diante da complexidade do ser humano e do consumo das drogas, sabemos também que é impossível afirmar que a assunção do pensamento crítico aspirado nos Círculos de Cultura, seja garantia absoluta de uma vida sem drogas. O que todos nós, que fomos sujeitos desta intervenção, buscamos foi oferecer mais uma possibilidade de caminho para uma vida saudável. Pensamos que a oferta de oportunidades deva ser multiplicada para que possam fazer parte do cotidiano familiar e social dos adolescentes, para que múltiplas também, sejam as opções que irão concorrer com as drogas na vida desses sujeitos.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta intervenção manifestou sua importância para os sujeitos que estavam envolvidos no processo, contudo é importante reconhecer algumas limitações, dentre elas: não foi possível a inclusão da família nas atividades desempenhadas, estender a força

transformadora do diálogo ao ambiente familiar poderia potencializar os efeitos da intervenção para a assunção de comportamentos mais saudáveis por parte dos sujeitos; seria importante um maior contato com a realidade vivenciada pelos educandos no espaço extraescolar para uma compreensão mais completa dos determinantes para o consumo de drogas entre estes sujeitos.

REFERÊNCIAS

BAUER, Martin W.; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. *In*: BAUER, Martin W.; GASKELL. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 17-36.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Adolescências, juventudes e socioeducativo: concepções e fundamentos**. 1 ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares. Saúde e Prevenção nas Escolas: Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2010c.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. IME USP; Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. (Org.). Brasília: SENAD, 2009b.

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

DOS SANTOS, R. M; NASCIMENTO, M. A; MENEZES, J. de A. Os sentidos da escola pública para jovens pobres da cidade do Recife. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.**, v. 10, n. 1, 2012. p. 289-300. Disponível em: <<http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/viewFile/607/329>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, mar. 2010. Dispo-

nível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X201000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2014.

FARIAS JUNIOR, José Cazuza de. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 14, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 fev. 2014.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 14 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e terra, 2011b.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 17 ed. São Paulo: Paz e terra, 2011c.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011d.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire. 2 ed.** São Paulo: Scipione, 2004.

GEHL, Jan. **Cidades para pessoas**. Tradução de Anita Di Marco. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GUZMAN-FACUNDO, Francisco Rafael et al. El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2012.

MARINHO, Andrea Rodrigues Barbosa. **Círculo de cultura: origem histórica e perspectivas epistemológicas**. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Linguagem e Educação) – Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Curitiba: SEED-Pr., 2008.

PEDROSO, Rosemari Siqueira et al. Expectativas de resultados frente ao uso de Álcool, maconha e tabaco. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2012.

RIBEIRO, Marcelo; OLIVEIRA, Márcio Luiz Souza de; MIALICK, Edilene Seabra. Atividade física aplicada ao tratamento da dependência química. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **O Tratamento do Usuário de Crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 495 - 502.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof., Brasília**, v. 23, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2013.

SANCHEZ, Zila van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2012.

SANCHEZ, Zila van der Meer; RIBEIRO, Luciana Abeid; NAPPO, Solange A. Religiosidade e espiritualidade. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **O Tratamento do Usuário de Crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 483 - 494.

SILVA, Kelly Samara da et al. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2014.

UNITED NATIONS. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2012**. New York, 2012.

Incorporação e ressignificação das práticas de educação em saúde na estratégia saúde da família

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha

Leilany Dantas Varela

Rosa Maria Grangeiro Martins

Evanira Rodrigues Maia

Maria do Socorro Vieira Lopes

I INTRODUÇÃO

Dentre as práticas de promoção da saúde estabelecidas pelas políticas públicas no contexto da Atenção Primária em Saúde - APS destaca-se a Educação em Saúde como imprescindível na Estratégia Saúde da Família - ESF. Esta pode ser considerada como artefato capaz de produzir ação, e é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Nesse intento a formação dos profissionais de saúde seja na educação permanente ou na pós-graduação stricto sensu contribui sobremaneira para a transformação do modelo assistencial. Como prerrogativa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, vinculado à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF destaca-se o desenvolvimento de competências do discente para atuar utilizando os pressupostos da Educação em Saúde.

Assim, na nucleadora Universidade Regional do Cariri - URCA, no contexto do Módulo Educação em Saúde I, lançou-se o desafio de construção do Projeto de Educação em Saúde na APS. Após discussão sobre as problemáticas para o desenvolvimento da Educação em Saúde no processo de trabalho das equipes, concluiu-se sobre a necessidade premente de ressignificação das práticas educativas.

Salienta-se, pois, que se percebe em ambientes de trabalho na APS a ausência ou a realização de práticas

que não surtem resultado efetivo ou não têm causado impacto nos indicadores e nos estilos de vida dos usuários, provavelmente pelo fato de embora indiretamente, os profissionais de saúde ainda reproduzirem o modelo tradicional de Educação em Saúde focado na saúde-doença, com práticas preventivas e de promoção da saúde que se resumem em orientações básicas e não conduzem a mudanças significativas no contexto de vida das pessoas e comunidades envolvidas.

As práticas de Educação em Saúde são consideradas grandes ferramentas para potencializar a criação de vínculo entre os trabalhadores e a população porque podem adentrar na vida das pessoas, otimizando a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da mobilização e participação dos usuários na definição de suas necessidades, priorizando estratégias a serem implementadas e formando sujeitos autônomos para interferir nas suas realidades (REIS et al., 2013).

A partir dessa inquietação, e da necessidade de reorientação das práticas educativas, considerando uma proposta de mudança do atual paradigma que norteia as ações de Educação em Saúde no contexto da ESF, busca-se redirecionar para um modelo dialógico que envolva o fortalecimento social no sentido de embater os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, bem como lançar mão de uma pedagogia não normativa, mas emancipatória (ALVES, 2005).

Ao proporcionar momentos de construção coletiva, dialógica com a comunidade o trabalhador de saúde pode desempenhar um papel de facilitador na prática de ações educativas, na medida em que percebe os conflitos, as necessidades e os diferentes olhares que influenciam os modos de vida dos usuários. O processo de Educação em Saúde torna-se motivador por trabalhar com as pessoas trazendo suas potencialidades para condução de enfrentamentos, e tornando-as protagonistas de sua própria história concretizando mudanças (ALVES; AERTS, 2011).

A relevância desse Projeto de Ressignificação das Práticas de Educação em Saúde na ESF encontra-se pautada pela necessidade de reorientações das práticas vigentes, pois estas ainda persistem na perspectiva prescritiva e transmissiva de conhecimentos, desconsiderando os saberes, linguagens e valores sociais. A Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde pode ser um instrumento muito útil na incorporação de novas práticas, pois sua concepção teórica valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo em construção.

Assim, objetiva-se relatar a experiência de um projeto que buscou ressignificar práticas de Educação em Saúde na ESF por meio de reflexão com os trabalhadores sobre sua prática cotidiana, bem como a instrumentalização dos membros das equipes para práticas participativas e emancipatórias.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As práticas de Educação em Saúde têm início no Brasil no começo do século XX. Estas ações estavam voltadas para a incorporação de hábitos higiênicos pela popu-

lação e caracterizavam-se como impositiva pelas autoridades sanitárias. Isso se dava mediante a necessidade de controle das epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose e outras doenças, nos grandes centros urbanos (LUNELLI, 2006; SILVA et al., 2010). A partir de 1920 a Educação em Saúde, passa a ser denominada Educação Sanitária, mantendo o caráter normativo voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos considerados adequados para a população (LUNELLI, 2006).

De acordo com Trape (2005) esta forma de abordagem da Educação em Saúde, cujo enfoque é voltado para o controle do processo saúde-doença através da transferência de conhecimentos em saúde para a população pode ser definido como modelo hegemônico ou biomédico. Neste modelo tradicional, a Educação em Saúde é vista como sendo responsável por mudanças comportamentais através da transmissão vertical de conhecimentos, ou seja, de alguém detentor do saber científico para alguém sem conhecimento, cuja ignorância absoluta pode não lhe permitir outra coisa, senão receber os seus ensinamentos (SOUZA; JACOBINA, 2009; FREIRE, 2011a). A relação entre educador e educando é geralmente assimétrica e paternalista, definindo como os educandos devem enfrentar seus problemas de saúde (ALVES, 2005; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008). Para os educadores tradicionais é de responsabilidade do educando o fracasso do ensino, sendo o responsável único pelos danos sanitários vividos (CES-TARI, 2002).

A partir de 1940, observou-se uma importância relativa de envolvimento da população no processo educativo, proporcionado com a criação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública- SESP, que passou a desenvolver ações de Educação em Saúde para grupos específicos, tais como de gestantes, mães, adolescentes e comunidade em geral. No entanto, a doença ainda era percebida como fenômeno individual e a Educação Sanitária como solução para prevenir doenças e ganhar saúde (SILVA et al., 2010).

Segundo Pelicioni e Pelicioni (2008), com a criação da Organização Mundial de Saúde- OMS em 1945 e com o conceito ampliado de saúde, que deixou de ser encarada não somente como ausência de doença, mas como o mais completo bem estar físico, mental e social, constituiu-se um avanço para o processo de Educação em Saúde.

Em 1960, verificou-se um apelo à participação comunitária para solução dos seus problemas de saúde com o advento da medicina comunitária, mesmo assim essa ainda parecia camuflado pela culpabilidade do sujeito, passando apenas do individual para o coletivo (ALVES, 2005).

De acordo com Wendhausen e Saupe (2003), nas décadas de 1970 e 1980, no cenário nacional de abertura política, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos. Esta ligação ganha significados discursivos e práticos relacionados à educação e ao cuidado em saúde que se contrapõem ao autoritarismo vigente na cultura sanitária, orientando-se por modos alternativos e diferencia-

dos de lutar pelas transformações das relações de subordinação e opressão, em favor da autonomia e da participação das pessoas comuns (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde- CNS em 1986 foi um grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde. A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito universal e responsabiliza o Estado pela sua garantia. Com ela, foi criado o Sistema Único de Saúde- SUS, que foi regulamentado pelas Leis nº. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde- LOS), nº 8.142/1990 e Decreto 7.508/2011, tendo como princípios ideológicos: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde; e como princípios estratégicos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Para estruturação dos princípios do SUS e a partir de experiências exitosas de projetos, foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e implantado pelo Ministério da Saúde- MS em 1994, o Programa Saúde da Família - PSF como parte do processo de reforma do setor da saúde, tendo como foco a família e a comunidade, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, consolidando-se assim como estratégia prioritária para a reorganização da APS, com a emissão da Portaria GM nº 648/2006. Em 2011 a Portaria GM nº 2.488 revogou a portaria anterior e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB para a Estratégia Saúde da Família - ESF e para o PACS (BRASIL, 2012).

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, da base documental do Módulo Educação em Saúde I, sendo este, obrigatório para o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF/URCA.

As atividades foram desenvolvidas em dois municípios da região sul do interior do Ceará (Milagres e Juazeiro do Norte). Milagres possui aproximadamente 28.487 mil habitantes é integrante da rede de atenção à saúde do Brejo Santo, 19ª Célula Regional de Saúde- CRES. É um dos municípios da Macrorregião do Cariri, tem como municípios limítrofes: Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Mauriti e Missão Velha (BRASIL, 2013a).

Juazeiro do Norte tem na figura do Padre Cícero Romão Batista um marco cultural, é uma cidade que atrai milhares de fiéis durante as romarias pela sua característica do turismo religioso. A população do município em 2012, segundo a estimativa do IBGE, é de 255.648 habitantes. No âmbito da Saúde, pertence a 21ª Célula Regional de Saúde- CRES (JUAZEIRO, 2013).

Assim, aplicou-se o projeto de Ressignificação das Práticas de Educação em Saúde em duas ESF do município de Milagres e uma ESF de Juazeiro do Norte no período de 24 de outubro a 6 de novembro de 2014.

A implementação do projeto ocorreu em três fases. No primeiro momento aconteceu o Módulo de Educação em Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA no qual se formulou a proposta de trabalhar a ressignificação das práticas de Educação em Saúde na ESF. Assim, o projeto foi produzido por três mestrandas utilizando-se a matriz de Grove que é uma ferramenta que se baseia na análise de recursos, público alvo, estratégias/ações, fatores de sucessos e desafios, com vistas a alcançar um ou mais objetivos (ROJO, 2010). Após sua construção e apreciação pelo corpo docente da disciplina, foi apresentado para os profissionais e gestores dos municípios supracitados. A segunda fase foi a aplicação do projeto através de oficina de trabalho realizada no período de oito horas nas equipes selecionadas, finalizada com um momento avaliativo. A terceira fase constituiu-se de socialização dos resultados com o corpo docente e mestrandos por meio de imagens e apresentação oral para o público presente no I Fórum e Mostra de Educação em Saúde na Atenção Primária promovido pela coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA.

Os produtos das experiências foram entregues à coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri e constituem o banco de memórias das atividades de dispersão dos módulos vivenciados na instituição de ensino, constituindo documentação que serviu de base para a construção desse estudo.

Participaram da experiência, trabalhadores de saúde membros das três ESF, quais sejam: três médicos, três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas atendentes de farmácia, duas atendentes de consultório médico, duas agentes administrativas e vinte Agentes Comunitários de Saúde- ACS.

Utilizou-se o Círculo de Cultura e Explicação Dialogada como ferramentas na execução da atividade. O Círculo de Cultura utiliza frases geradoras que proporcionam a discussão sobre a temática abordada. Utilizou-se a técnica da Explicação Dialogada no primeiro momento com os profissionais. Assim, discutimos as diferenças das demais práticas de Educação em Saúde, aquelas baseadas no “modelo tradicional autoritário e populista centrado na saúde-doença” e a do “modelo dialético-dialógico-libertador freireano”, bem como a aproximação das características das diversas técnicas pedagógicas participativas.

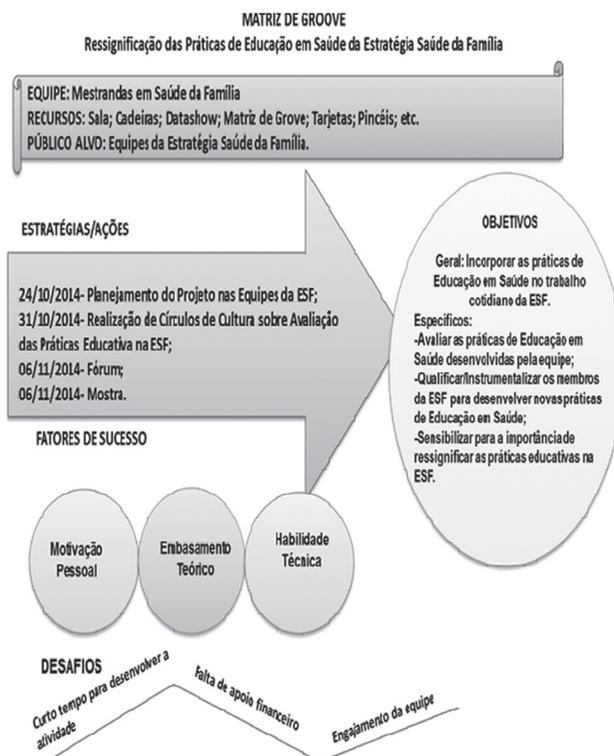
Os resultados das experiências serão apresentados na forma de figuras e quadros buscando retratar as vivências da atividade de dispersão realizadas no Módulo Educação na Saúde I, o qual objetivou desenvolver competência para que o mestrando e sua equipe possam assumir uma postura problematizadora e dialógica na relação educador-educando no âmbito da ESF. Assim, o processo de construção coletiva foi iniciado nas equipes participantes do experimento. A literatura serviu de base para a análise da experiência implementada.

Por tratar-se de um relato de experiência de um módulo, a atividade ora relatada não pôde ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa- CEP em conformidade com

a Portaria do CNS 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, pois o relato em tela obteve a permissão dos envolvidos para ser publicado como experiência exitosa de Educação em Saúde e preserva os direitos das equipes envolvidas (BRASIL, 2013b; GOLDIM; FLECK; 2010). Assim, obteve-se o Termo de Fiel Depositário do coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA.

4 RESULTADOS

A construção da Planilha de Grove teve início com a definição do grupo de trabalho dos discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família e seus recursos. Em seguida foram delimitados os objetivos do projeto. Os objetivos geral e específicos foram dispostos em um círculo. Assim, a equipe de mestrandas elegeu as estratégias e ações necessárias para alcançá-los de forma sequencial e descritas em uma seta, com espaços, que convergem para o círculo de objetivos e para cada espaço correspondeu a uma estratégia/ação. Foram descritos ainda os fatores de sucesso e os desafios, com os quais a equipe contaria para alcançar seus objetivos.



Na oficina realizada com as ESF's selecionadas, o Círculo de Cultura utilizou-se três frases geradoras: "Como vejo as práticas educativas na minha ESF?"; "Minha concepção de educação em saúde é..."; "Minha prática se faz assim..." (VIEIRA, 2014).

Essas frases geradoras foram postas em cartolinas coloridas, cada frase representava uma cor. Foram distribuídas três tarjetas de cartolina para cada participante, cada tarjeta correspondendo à cor da frase geradora. Foi solicitado que escrevessem suas respostas nas tarjetas, correlacionando cada resposta a cor da tarjeta e a respectiva pergunta geradora. As palavras dispostas pelos participantes foram apresentadas por eles, discutidas pelo grupo e fixadas em cartazes, estruturando um painel (VIEIRA, 2014).

Este momento proporcionou uma rica discussão, e elencou-se significados que a partir das frases geradoras, surgiram as seguintes palavras-chave que foram aglutinadas segundo similaridades.

Quadro 1- Caracterização das práticas educativas na ESF's/ Milagres e Juazeiro do Norte, 2015.

Palavras-chave	Síntese das Discussões
Desacreditada	Educação tradicional/autoritária; Superioridade do educador; Fracasso do ensino é de responsabilidade do educando.
Regular, A Desejar e Engatinhando	Falta de apoio da gestão municipal; Financiamento dos materiais pelos trabalhadores das equipes; Desestímulo e dificuldade de incorporação das práticas educativas.
Boas	Retrata que embora as atividades educativas talvez não estejam acontecendo da forma ideal, pelo menos elas têm acontecido; Acomodação por parte de várias equipes que atuam na ESF.
Batalha e Luta	Expressões de desafio para os trabalhadores em todos os sentidos; Falta de capacitação e desenvolvimento de competências para educar em saúde; Participação em cursos mostra o interesse de instrumentalizar-se e desenvolver as atividades educativas dentro de boas perspectivas.
Compromisso e Essencialidade das práticas educativas	Compromisso com as atividades educativas e percepção de quanto elas são essenciais; Apesar de reconhecerem as atividades educativas como importantes, não reconhecem as limitações da equipe ao desenvolvê-las.

Quadro 2 - Concepção de Educação em Saúde dos profissionais das ESF's/ Milagres e Juazeiro do Norte, 2015.

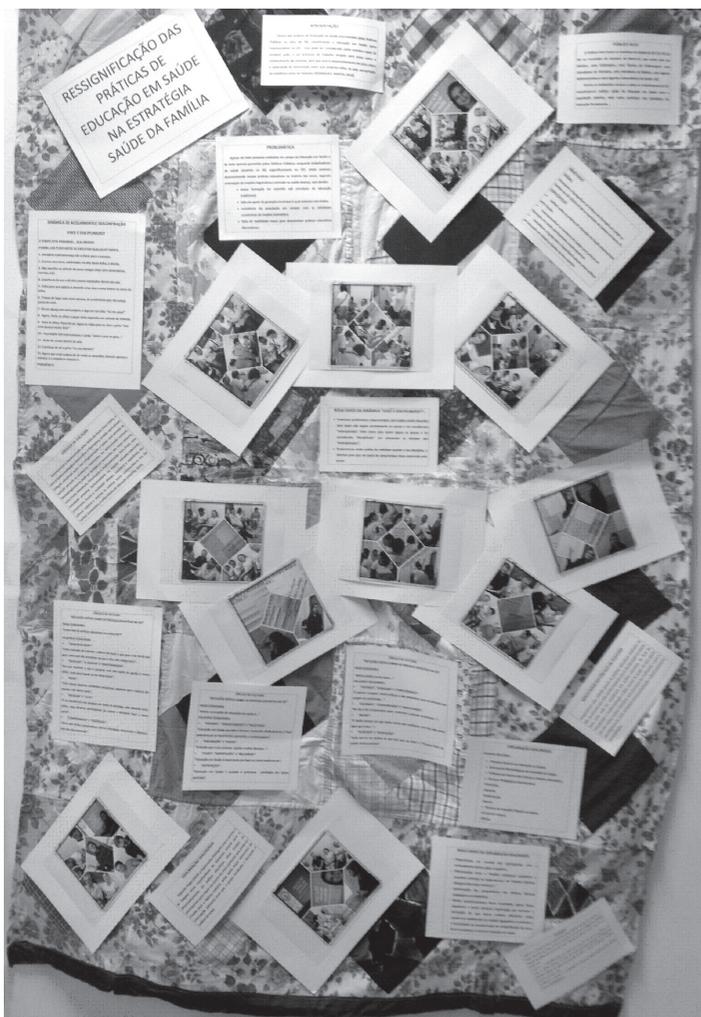
Palavras-chave	Síntese das Discussões
Ensinar, Conhecimento e Palestras	Educação em Saúde como ensinar, transmitir conhecimento ou fazer palestras pra os hipertensos, gestantes, e outros grupos; Observa-se que ainda há a ideia de educação tradicional/populista, que perpetua a relação de dependência e inferioridade do educando, bem como que deve estar voltada para grupos específicos.
Prevenção e Ajuda	Entendimento de que é pra prevenir, ajudar a evitar doenças; Permanece o enfoque ao modelo biomédico, centrado na saúde-doença.
Importante e Melhorar	Educação em Saúde como importante pra fazer as coisas melhorarem; As expressões apresentaram certo caráter transformador ou otimista.
Satisfação	Educação em Saúde como promotora de satisfação pra quem participa; Percebe-se a incorporação e ressignificação por meio dos princípios da Educação Popular, que é proporcionar realização, alegria, animação e amorosidade.

Quadro 3 - Como as práticas de Educação em Saúde são realizadas pelos profissionais/ Milagres e Juazeiro do Norte, 2015.

Palavras-chave	Síntese das Discussões
Esforço, Coragem, Perseverança	Como sendo preciso coragem, muito esforço e não desanimar com os entraves que surgem na caminhada; Percebe-se que os trabalhadores passam por algumas dificuldades na realização de suas práticas educativas e que perseverança é fundamental.
Conversando e Orientando	Observa-se prerrogativas da Educação Popular em Saúde, apesar de ainda trazer vinculação às orientações do modo tradicional de trabalhar Educação em Saúde.

Na ESF do Município de Juazeiro do Norte os resultados foram apresentados em um “Estandarte de Recortes de Tecido”, mostrando que a Educação Popular em Saúde valoriza a cultura local, bem como o saber de todos os atores envolvidos, pois cada retalho é indispensável para a construção do conhecimento e ressignificação das práticas.

Figura 3 - Estandarte de Retalhos: Cultura e Construção do Saber da equipe de Juazeiro do Norte/novembro de 2014.

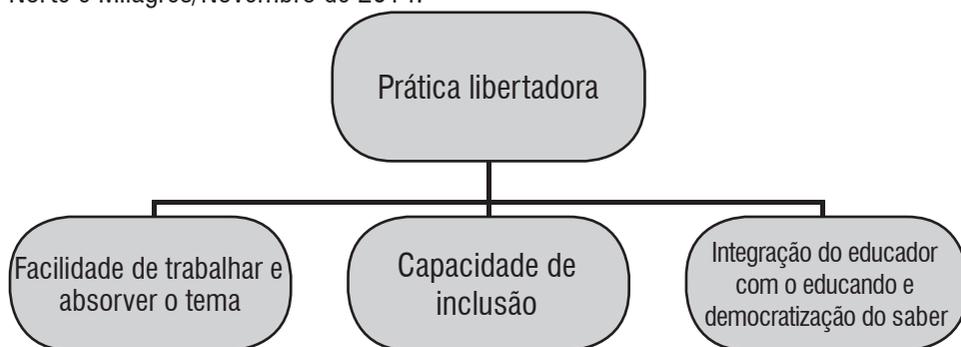


A prática contou também com um momento avaliativo. A avaliação da atividade inicialmente focou na análise de quais as práticas educativas as equipes pretendem

desenvolver a partir da experiência vivenciada e se esses sujeitos se sentiam instrumentalizados para desenvolver suas práticas de Educação em Saúde. Organizaram-se os significados das respostas em figuras.

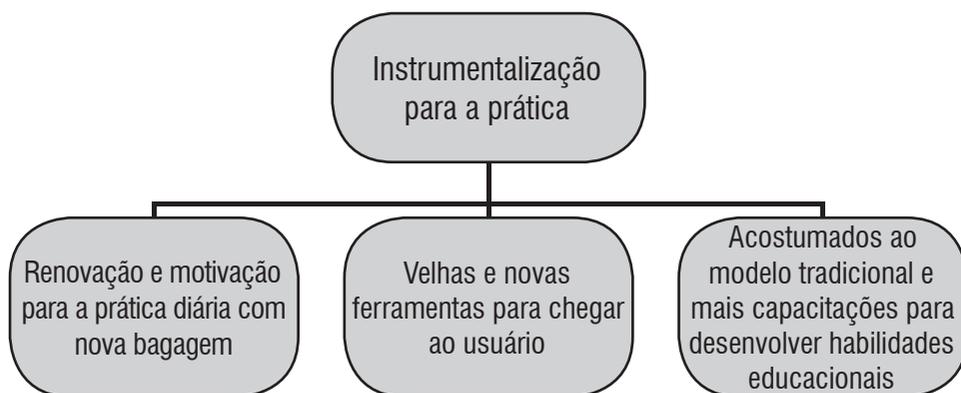
Sobre a pergunta avaliativa: “Quais práticas de Educação em Saúde gostariam de desenvolver no seu ambiente de trabalho: libertadora ou tradicional?”

Figura 4 - Concepção das práticas de educação Norte/Milagres, 2014, em saúde a serem desenvolvidas pelas equipes após aplicação do projeto. Juazeiro do Norte e Milagres/Novembro de 2014.



Quanto à segunda pergunta avaliativa: “No momento vocês encontram-se capacitados/instrumentalizados para desenvolver atividades de Educação em Saúde de cunho não tradicional?”

Figura 5 - Capacitação para desenvolver atividades educativas após aplicação do projeto. Juazeiro do Norte e Milagres/Novembro de 2014.



4 DISCUSSÃO

O Círculo de Cultura possui sistematização e fundamentação freireana, é uma proposta pedagógica democrática e libertadora, propõe aprendizado integral, rompendo assim com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. Para Paulo Freire, essa concepção promove horizontalidade na relação educador-educando, proporciona escuta e oralidade/diálogo, considera a experiência dos atores/sujeitos e valoriza as culturas locais, contrapondo-se em seu caráter humanístico, à visão elitista de educação (DANTAS, 2014).

De acordo com Pulga (2014) a tematização é o processo no qual os temas e palavras geradoras são codificadas e decodificadas buscando a consciência do vivido, o seu significado social, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade, na perspectiva de intervir criticamente sobre ela. E a problematização representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua por uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivido.

A Exposição Dialogada abordou o processo histórico da educação em saúde, suas concepções metodológicas, enfoques de práticas que criticam o modelo biomédico, as técnicas pedagógicas participativas (vivenciais, com atuação, audiovisuais e visuais) e ênfase às técnicas de educação popular em saúde, tais como o círculo de cultura e a oficina.

Segundo Pulga (2014) a Explicação Dialogada traz a escrita e as imagens como constituidoras de elemento central para o desencadeamento da prática educativa, deve instigar os participantes para expor seu ponto de vista particular que pode ser trazido para o debate coletivo, pode ainda trazer elementos de informação adicional para que o grupo enriqueça a discussão e análise do tema.

Dentre as atribuições comuns a todos os trabalhadores da ESF estão as de realizar ações de Educação em Saúde para a população adstrita, bem como participar das atividades de Educação Permanente. A Política Nacional da Atenção Básica- PNAB para a ESF discorre sobre a importância das ações, dentre elas as de Educação em Saúde, serem trabalhadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, pois a presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre eles é essencial para ampliar assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

Essa organização da equipe com foco na Educação em Saúde pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, no qual o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple toda a equipe, desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho,

envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012).

As ideias e concepções de Paulo Freire trazem novo sentido e apontam novos rumos para as práticas educativas no campo da saúde. Esse novo modelo, oposto à concepção bancária de educação e pautado na educação problematizadora, reconhece que o diálogo se faz necessário para o desenvolvimento do processo educativo que propõem o educando como o principal responsável por seu processo de formação, contribuindo para a formação de cidadãos reflexivos e críticos (REIS, 2013).

Observamos nos resultados das experiências que as práticas educativas realizadas pelas equipes de atenção primária em nosso território de atuação ainda prevalecem muitas características das metodologias tradicionais, as quais não proporcionam de fato a criação de vínculo com a população e não conduzem mudanças significativas no contexto de vida das comunidades.

O uso das metodologias tradicionais nas práticas educativas remete ao modelo centrado na doença, onde se espera que o usuário-paciente faça adequadamente os procedimentos e siga as prescrições para chegar ao controle da doença. O que tem sido preconizado pelo MS é o modelo centrado no usuário, a finalidade vai além da doença, pois mais que tratá-la, é preciso promover a autonomia, ou seja, pensar na pessoa como indivíduo humano, capaz de desejar, pensar e ter um projeto de vida. Faz-se necessário conhecer a pessoa, seus problemas e trabalhar a clínica ampliada que agregue vínculo, escuta qualificada, acolhimento, humanização, empatia, dentre outros. Isso conduz ao Projeto Terapêutico Singular, que promove além do tratamento da enfermidade, o conhecimento de problemas, experiências, modo como conduz a vida, favorecendo a autonomia e o empoderamento da pessoa sobre como cuidar de si mesmo (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A avaliação participativa é uma modalidade considerada formativa e combina indicadores qualitativos e quantitativos, é empreendida ao longo do processo de implementação da ação e favorece a inclusão dos atores envolvidos. As técnicas participativas favorecem a integração das pessoas para opinar, esclarecer suas dúvidas e defender pontos de vista diferentes como um elemento motivador, onde os envolvidos podem acompanhar o seu próprio desenvolvimento (AKERMAN; MENDES, 2006).

O processo de avaliação da experiência de forma participativa guiado por um instrumento facilitou o conhecimento da opinião dos participantes sobre a prática educativa realizada e tornando-se importante para o planejamento e desenvolvimento das próximas com o intuito de melhorar e possibilitar maior aproveitamento por parte do grupo.

Além dessa reflexão crítica das práticas educativas desenvolvidas, faz-se necessário realçar teoria/prática, sem a qual a teoria irá virando apenas palavras, e a prática,

ativismo. Há um processo de trabalho a ser considerado e transformado através da experiência da Educação Permanente, ressaltando a construção do saber como fruto de uma aprendizagem significativa e o reconhecimento do papel do profissional de saúde enquanto educador. No dia a dia há a troca de saberes com os sujeitos envolvidos, seja equipe multiprofissional ou usuários e juntos podem reconstruir o conhecimento. Neste sentido, ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar, é ação pela qual um sujeito criador dá forma, alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 2011b).

Portanto, em consonância com o modelo de saúde em construção no SUS torna-se imprescindível repensar medidas que sensibilizem os trabalhadores de saúde a desenvolverem ações educativas de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e planejamento da saúde da comunidade.

A utilização das metodologias ativas na prática realizada nos apontou que incorporá-las no processo de trabalho da ESF pode trazer um significado diferenciado para os usuários e possivelmente formação de vínculos e construção de conhecimentos que podem penetrar nas famílias e comunidade para a transformação dos sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos questionamentos foram levantados, alguns foram elucidados e outros deixaram inquietação, por exemplo, a percepção das práticas educativas ainda acontecerem obedecendo ao modelo hegemônico curativista e a necessidade de transformação ou ressignificação da forma de planejar e construir educação em saúde.

Observa-se que apesar de todo processo evolutivo no campo da Educação em Saúde e de aparato garantido pelas Políticas Públicas, enquanto trabalhadores de saúde atuantes na APS, especificamente na ESF, ainda perdura práticas educativas baseadas segundo orientação do modelo hegemônico centrado na saúde-doença. Isso ocorre devido à formação ter ocorrido sob princípios da educação tradicional, ou por falta de apoio da gestão municipal à qual encontram-se vinculados, ou pela resistência da população em romper com as atividades curativistas do modelo biomédico, ou ainda por falta de habilidade para desenvolver práticas educativas libertadoras.

Desenvolver práticas libertadoras remete a uma postura que oportuniza a transformação na micropolítica das ESF nas quais os trabalhadores de saúde encontram-se inseridos e na fomentação de práticas educativas que podem impactar no contexto local de saúde.

É nesse sentido que essa forma de pensar atividade educativa enquanto referencial teórico e prático pode contribuir para abertura de diálogo entre comunidade e trabalhadores da ESF, proporcionando espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, bem como ampliação e criação de diálogos, troca de experiências e saberes, possibi-

litando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença. Nesse sentido a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde, apresenta metodologias e tecnologias que colaboram com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R. (Org.) **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira—memória, reflexões e experiências**. São Paulo: Mídia Alternativa. 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-448312>. Acesso em: 20 out. 2014.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p.319-325. 2011. Disponível:http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232011000100034&pid=S1413-81232011000100034&pdf_path=csc/v16n1/v16n1a34.pdf. Acesso em: 27 out. 2014.

ALVES, V. S. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 9, n.16, p. 39-52. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>. Acesso em 23 out. 2014.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100029&script=sci_arttext. Acesso em 25 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. - (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2013a. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230830&search=ceara|milagres|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 mai. 2015.

CESTARI M. E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Rev Bras Enferm.**, v. 55, n.4, p. 430-433. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.5935/0034-7167.20020092&pid=S0034-71672002000400012&pdf_path=reben/v55n4/v55n4a12.pdf. Acesso em: 26 out. 2014.

DANTAS, V.L. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/ii_caderno_de_educacao_popular_em_saude.pdf. Acesso em: 29 out. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50.ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

GOLDIM, J. R.; FLECK, M. P. Ética e publicação de relatos de caso individuais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 2-3, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2015.

JUAZEIRO. **Prefeitura de Juazeiro do Norte-CE**. Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/>. Acesso em: 31 out. 2014.

LEONELLO, V.M.; Oliveira M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 16, n. 2, p.1-7. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf. Acesso em: 29 out. 2014.

LUNELLI T. **Equipes de saúde da família: concepções e práticas de educação em saúde**. Dissertação (Mestrado). Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2006.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e Promoção da Saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**. v.31, n. 3, p. 320-328. 2007. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf. Acesso em: 02 nov. 2014.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/ii_caderno_de_educacao_popular_em_saude.pdf. Acesso em: 29 out. 2014.

REIS, T. C.; et al.. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **JHealth Sci Inst.**, v. 31, n. 2, p. 219-223. 2013. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf. Acesso em: 29 out. 2014.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **JHealth Sci. Inst.**, v. 28 n. 4p. 321-324, out./dez. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-598724>. Acesso em: 29 out. 2014.

ROJO, C. A. **Planejamento Estratégico: modelo de simulação de cenários: uma aplicação em instituição de ensino.** 2. ed. Cascavel: Assoeste, 2010.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A.C. **Ação centrada na pessoa.** Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.

SILVA, C. M. C; et al.. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.15, n.5, p.2539-2550. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028. Acesso em: 29 out. 2014.

SOUZA, I. P. M. A; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na História Brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Pública.** v.33, n.4, p.618-627. out./dez. 2009. Disponível: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106. Acesso em: 30 out. 2014.

TRAPE, C. A. **A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

VIEIRA, N.F.C (Org). **Educação na saúde I: caderno do módulo.** Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Fortaleza: Fiocruz, 2014.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm.** v. 12, n. 1, p.17-25. 2003. Disponível em: <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14145>. Acesso em: 30 out. 2014.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Regional
do Cariri - URCA



Filiada a



Este livro foi composto em fonte Swis721 Cn Bt, impresso no formato 16 x 23 cm, com miolo em papel off set 75 g e capa em supremo 250g, tiragem de 500 exemplares em fevereiro de 2016.