



**Resumos Ampliados
do VI Seminário do
Projeto Integralidade:
saberes e práticas no cotidiano
das instituições de saúde**



**Resumos Ampliados
do VI Seminário do
Projeto Integralidade:
saberes e práticas no cotidiano
das instituições de saúde**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz)

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla (UCS)

Aluísio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Emerson Elias Merhy (UNICAMP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7 andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

Organizadores
Roseni Pinheiro
Ruben Araujo de Mattos

Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde

IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO
Rio de Janeiro 2006

Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

Dezembro 2006

Copyright © 2006 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Edição eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S471 Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das Instituições de Saúde (6. : 2006 : Rio de Janeiro, RJ)
Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos, organizadores. - Rio de Janeiro : CEPESC: ABRASCO, 2006.
150 p.

Bibliografia.

ISBN: 85-89737-37-1

1. Política de saúde - Resumos. 2. Serviços de saúde - Resumos. 3. Programa Saúde da Família - Resumos. 4. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Pinheiro, Roseni.

II. Mattos, Ruben Araujo de. III. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

IV. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Título.

CDU 614.008.1

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Resumos Ampliados - VI Seminário

Serviço

A construção de um modelo de gestão para o HU/CAS/UFJF com base na integralidade e democracia

AUTA STEPHAN-SOUZA e MARCOS ROBERTO DE CARVALHO

O Adolescente Paulo Freire e suas estratégias para a promoção e prevenção de saúde valorizando o protagonismo juvenil

DANIELA FALCI PEREIRA e DÁRBIO ANDRÉ DE LIMA

A gestão local em um serviço psiquiátrico comunitário como estratégia para a materialização do SUS e resgate da autonomia: o caso do conselho gestor do CAPS

LESLIE SANFORD CHAVIN e FÁTIMA CRISTINA ALVES DE ARAÚJO

Saúde da família no Alto Simão: a integralidade e a interdisciplinaridade na assistência e no ensino

PATRÍCIA M. MANO, MARCIA SOLANGE T. S. X. DA SILVA, MARLI RIBEIRO, AIDÊ DE JESUS PIMENTA, GILBERTO PAES SELLES, PRISCILA G. RODRIGUES e MARIA JÚLIA R. NORTON

De portas abertas para as comunidades

VALÉRIA DOS SANTOS NORONHA

DST/Aids na mira da prevenção: uma perspectiva de integralidade

DÉBORA CALAIS OLIVEIRA, LÊDA MARIA LEAL, RAQUEL DE FREITAS FERNANDES, DAVI SIMÕES FORNSECA e LUDIMILA DE ANDRADE TORRES

Políticas de saúde: o Programa de Saúde da Família na Baixada Fluminense

ALINE DE MOURA SOUZA e SUZANA MARTA CAVENAGHI

Centros de testagem e aconselhamento do Rio de Janeiro: transitando pela gestão em rede

SONIA BATISTA, MARGARETE FERREIRA, SANDRA FILGUEIRAS, ALEXANDRE CHIEPPE e CARLA ARAUJO

Ensino

A experiência de residentes em saúde da família no enfoque integral da população adscrita ao PSF Sereno

HUGO BRAZ MARQUES, JUBEMAR DE MEDEIROS, JUREMA FREITAS WARDINE e LUDMILA ROBERTO MORAES

Refletindo a formação e as práticas de saúde do idoso no Programa de Saúde da Família

ANA MARIA PEREIRA DE ARAÚJO BRASÍLIO e MÁRCIA GAMEIRO

Aracaju: em foco o modelo “saúde todo dia”. A residência multiprofissional em saúde coletiva em debate

ALEXANDRE DE SOUZA RAMOS

Acolhimento em grupo: um dispositivo de participação a caminho da integralidade

CAROLINE CASTANHO DUARTE, MARIANA P. RUWER DE AZAMBUJA, FABIANE MINOZZO, CINARA DEBASTIANI e ANA CELINA DE SOUZA

A representatividade social de jovens em comunidades carentes: trabalhando com adolescentes

JUREMA FREITAS WARDINE, HUGO BRAZ MARQUES e ROGÉRIO BITTENCOURT

Contribuições do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde para a transformação de modelo de atenção: vivência de uma tutora

GLADYS AMÉLIA VÉLEZ BENITO

Ações em saúde: integralidade e participação popular sob a visão de uma experiência multiprofissional

VIVIANE SOARES COSTA, GILMARA DE FREITAS CARVALHO, TATIANE SOARES COSTA MACEDO, ELOISA SOLYSZKO GOMES, RENATA LIMA JORDÃO, GABRIELA FREIRE LAGES CAVALCANTI e ELIANE DA GLÓRIA ARAÚJO DE PAIXÃO

Pesquisa

Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento

LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA, FERNANDA SILVA e ANDRÉA TUNIN

Fortalecimento da identidade e da autonomia da comunidade: um enfoque na saúde

ANGÉLICA V. VAREJÃO, ANDRÉIA CAMBUY, CARLOS EDUARDO SILVEIRA e CEUSNEI SIMÃO

Avaliação estrutural dos centros de saúde da família de Sobral / Ceará

EMANUELA LINHARES VIANA, IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE, CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA, ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO, VICENTE DE PAULO PINTO TEIXEIRA e ARNALDO RIBEIRO COSTA LIMA

Perfil dos serviços de atendimento a alcoolistas no Estado do Rio de Janeiro e a Política de Redução de Danos

SALETTE FERREIRA, BRUNA SOARES, ROSA OLIVEIRA, GABRIELA PINTO, VANICE SILVA, LUCIANA BECKER, LÍVIA GOMES, TALITA DE ARAÚJO, JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO e CARLA DE MEIS.

Avaliação qualitativa em atenção básica à saúde

MÔNICA DE REZENDE, ANTENOR AMÂNCIO FILHO e MARIA DE FÁTIMA LOBATO TAVARES

Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal

ROSIANGELA RAMALHO DE SOUZA KNUPP, URUBATAN VIEIRA DE MEDEIROS, PAULA BAPTISTA MACHADO DE MELLO, DENNIS DE CARVALHO FERREIRA, MÁRCIA MARIA PEREIRA RENDEIRO e MÔNICA GUIMARÃES MACAU LOPES

APRESENTAÇÃO

Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde

A presente publicação contém os resumos ampliados dos trabalhos apresentados no VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, sobre o tema “Gestão em redes: racionalidade e práticas novas de avaliação, formação e participação na saúde”, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de 3 a 6 de outubro de 2006.

O eixo temático do seminário discute a gestão em redes como nexos constituintes da integralidade entre avaliação, formação e participação em saúde, o que requer repensar as práticas e as racionalidades que as sustentam. Para compreendê-lo, propusemos um debate crítico sobre a gestão em redes, que tem nas racionalidades e nas práticas novas de avaliação, formação e participação na saúde os eixos de sua construção. A identificação de seus elementos constitutivos buscou o diálogo entre os processos históricos e das experiências vividas pelos autores/atores do Sistema Único de Saúde.

A partir desses eixos, pretendemos nuclear um conjunto de questões e desafios na produção de conhecimento em saúde, na qual a noção de gestão em redes sob o eixo de integralidade seja compreendida como um dispositivo de inovação institucional, pautado pela ética, responsabilidade e pluralidade de saberes e práticas de afirmação do direito à saúde. Produzir conhecimento em saúde significa produzir atos emancipatórios, com responsabilidade e respeitando as diferenças em prol de uma sociedade mais justa.

Os 21 resumos a seguir foram elaborados a partir das modalidades em que foram apresentados na III “Roda” de Experiências de

Integralidade – pôsteres dialogados e comunicações orais –, ocorrida no primeiro dia do evento. Os textos estão divididos segundo os três eixos temáticos que nortearam as discussões na “Roda”: serviço, ensino e pesquisa.

O evento, que contou com a presença de especialistas de diferentes centros de referência em pesquisa científica no país, assim como representantes governamentais e da sociedade civil, buscou oferecer um conjunto de idéias, evidências e olhares que identificam nos *atores sociais* do SUS os *autores* de experiências concretas que expressam a diversidade, pluralidade e riqueza de suas ações, ao mesmo tempo em que revelam desafios e criam possibilidades para garantia do direito à saúde. Neste sentido a integralidade, como prática social, tem nas experiências desenvolvidas no SUS o solo fértil para pensar as práticas de gestão como uma idéia-força preta de sentidos, potência produtora de saberes singulares.

ROSENI PINHEIRO
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

SERVIÇO

A construção de um modelo de gestão para o HU/CAS/UFJF com base na integralidade e democracia

AUTA STEPHAN-SOUZA
MARCOS ROBERTO DE CARVALHO

Este documento tem como objetivo apresentar o detalhamento inicial da proposta do modelo de gestão do CAS/NovoHU/UFJF a ser implantado em duas frentes de trabalho: internação no HU (instalação antiga) e ambulatório e centro diagnóstico no CAS/NovoHU (novo equipamento). É produto da Coordenação de Articulação Acadêmica do CAS/NovoHU, direcionado por diretrizes definidas pelas coordenações da PROCAS (Pró-Reitoria Especial para Implantação do CAS) e submetido à análise da Comissão para Estudos da Proposta de Modernização do Regimento do HU/UFJF (portaria nº 32/2005/HU).

A motivação primeira deste texto é tentar demonstrar uma proposta, ainda inconclusa, de *um modelo de gestão coletiva* que possa provocar reais mudanças nos dois pilares fundamentais de sustentação institucional de um hospital público universitário: *o ensino* (ou formação) e *a assistência*. Tirar desses esteios a feição de *paralelas* e transfigurá-las em *cruzamentos* é o desafio, o esforço e a esperança a que se propuseram os edificadores do modelo a ser apresentado neste artigo.

Não é fato desconhecido que os hospitais universitários brasileiros estejam desencadeando propostas e iniciativas de mudanças. Muitos são os apelos que motivam os atores envolvidos na realidade hospitalar a buscar uma nova configuração para essa instituição. Dentre eles podemos destacar a necessidade de adequar os HUs ao processo de democratização do país e da saúde, manifesto através da Constituição Federal de 1988 e da regulamentação da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

A proposta de gestão para o Centro de Atenção à Saúde (CAS/NovoHU/UFJF)

Recuperando o extrato inicial do texto, vale a pena ratificar os motivos que impulsionaram as equipes a elaborar o projeto do CAS, com sua respectiva proposta de gestão. A motivação primeira é a de provocar reais mudanças nos dois pilares fundamentais de um hospital universitário: o *ensino* e a *assistência*. Imbuídos dessa *causa*, os coordenadores da PROCAS se encarregaram de sustentar o projeto, alimentando-o com duas concepções. A primeira, de característica ideo-política, vinculou a realização da proposta aos princípios fundamentais do SUS (universalidade, integralidade e controle público). A segunda, de característica organizacional, vem propor um modelo de gestão para o CAS que tenha como base a integralidade e a democracia. Para tanto, adota-se uma tecnologia que afirma a inovação administrativa, distante do modelo clássico de gestão pública (burocrático, hierárquico e centralizado). Com esse modelo pretende-se diminuir a marcada diferença de poder entre dirigentes e executores e assegurar as possibilidades de desenvolvimento pessoal de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

A *integralidade* é entendida como sendo a articulação de saberes que se debruçam sobre o fenômeno coletivo da saúde e da doença; sustenta os saberes que orientam a organização e administração das ações em saúde; conjuga os trabalhos nos níveis de complexidade crescente da atenção primária à terciária, passando pela secundária, e prioriza as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade na atenção hospitalar, de acordo com Cecílio, pode ser “problematizada também a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si) e a integralidade tendo com referência a inserção do hospital no sistema de saúde, que é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por muitos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora.

A *democracia* é visualizada como sendo a transposição, para o cenário da instituição pública, do resgate do significado de controle

democrático, na busca da reafirmação da fala e do direito de todos – profissionais e usuários – a ter partes no todo institucional e de poder, deste modo, construir uma gestão com aportes na participação e na decisão coletiva. Uma forma nova de gestão implica incorporar o conceito de *democracia* em sua amplitude e realizar a *governabilidade* em uma instituição complexa como o hospital universitário, face à pluralidade dos sujeitos e dos distintos interesses envolvidos. A consolidação democrática refere-se à modalidade de gestão na esfera institucional pública, em que os atores (o conjunto dos profissionais de saúde), através de escolha livre e de plataforma explícita de propostas de direção política e administrativa, escolhem os dirigentes, que a partir daí passam a ser analisados por suas ações no domínio público.

Materializando a proposta de gestão

A busca de um modelo de gestão para ser implantado no hospital público universitário não é tarefa das mais simples quando se pretende, como é o caso, mudar a lógica predominante de administração hospitalar que privilegia os modelos clássicos de departamentalização e de estrutura hierárquica linear.

A fonte fecunda de inspiração e ação da presente proposta encontra-se nos estudos recentes e acumulados na área da saúde coletiva e da coordenação de hospitais ou unidades de saúde, realizados pelo grupo de pesquisa do LAPPIS/IMS-UERJ, coordenados por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos, por pesquisadores do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina da UNICAMP, coordenados por Gastão Wagner S. Campos e com a participação efetiva de tantos outros professores pesquisadores, como Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Merthy, acrescidas das discussões de Uribe Rivera, Artmann, Crémadez e Cipriano Maia de Vasconcelos (assessor do Projeto CAS).

Tal referencial teórico-metodológico veio suprir as inconsistências e vazios dos métodos convencionais de administração, a exemplo dos sustentados pelos *Princípios da Administração Científica* formulados por Taylor e presentes nas intenções e gestos dos gestores convencionais, que tendem a garantir, por consentimento ou desconhecimento, as alternativas que sufocam a democratização do modelo de gestão. A

configuração inicial do desenho organizacional do CAS comporta a seguinte estrutura: unidades de produção de saúde (UPS), unidades acadêmicas e comunitárias (UCA) e unidades administrativas (UA).

1) Unidades de produção de saúde (UPS)

A unidade de produção de saúde (UPS) integra as *práticas clínicas e de saúde coletiva*, já que tem por objetivo atingir o processo saúde/doença. A proposta das UPS tem como referencial metodológico-instrumental a concepção de *unidades funcionais* em implantação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. A UFMG vem, desde 1999, implantando um novo modelo de gestão em seu hospital universitário, cuja referência teórica está ancorada, da mesma maneira que a UFJF, no pensamento do Grupo da Unicamp já anunciado no presente texto. A mudança de terminologia de *funcional* para *produção de saúde* diz respeito ao acréscimo conceitual extraído da *Teoria de Produção de Saúde*, elaborada pelo mesmo grupo.

A opção pela mudança vai além da alteração terminológica, uma vez que o *conceito de produção de saúde* oferece uma resposta efetiva à inversão do modelo biomédico pautado na doença – portanto, medicalizado, hospitalocêntrico e altamente tecnicado – para outro oposto, cuja *centralidade está nas medidas de promoção, prevenção e educação para a saúde*.

As unidades de produção serão responsáveis por ampliar o acesso dos usuários, tendo em vista a universalidade e a integralidade das ações de saúde, consolidar a referência e contra-referência e garantir a discussão coletiva para que o ato assistencial se dê baseado num *projeto terapêutico*. Em síntese, pode-se dizer que as unidades de produção de saúde pressupõem relação de autonomia conjugada à interdependência, relação de reciprocidade, com sentido da troca sistemática de conhecimentos e práticas, relação de cooperação com profissionais realizando trabalho produtivo em colaboração com outros, relação de horizontalidade sem que haja monopólio do saber/poder e, principalmente, socialização de idéias, imprimindo o sentido de renovação sistemática do processo de trabalho.

2) Unidades acadêmicas e comunitárias (UCA)

As unidades acadêmicas serão constituídas pelos cursos da área da saúde, compondo o processo de trabalho, a partir das diversas

contribuições profissionais, com o sentido de implementar as diretrizes para a configuração do modelo de gestão para o CAS/NovoHU, visando à construção da gestão colegiada e profissionalização da gerência com foco na equipe e não nas corporações, ênfase no trabalho em equipes multidisciplinares e empenho na formação progressiva das equipes interdisciplinares, constituição de um grupo com formação multiprofissional para apoio às gerências, estímulo à comunicação lateral entre as equipes, ênfase na operacionalização do modelo de assistência: ERS (equipe de referência secundária) e linhas progressivas de cuidado, criação de políticas próprias de avaliação de trabalho, de aplicação dos recursos e de avaliação de desempenho do trabalho em equipe.

Pode-se dizer que os objetivos das UCAs estão assim retratados: organizar o processo de trabalho, agregando por proximidade conceitual as clínicas já desenvolvidas no HU; viabilizar um modelo tecnoassistencial que não despreze nenhum recurso tecnológico, clínico e/ou sanitário para sua ação, dentro do qual ocupa lugar estratégico o trabalho do conjunto dos profissionais, comprometido e vinculado com os usuários, individuais e coletivos, estimulando a formação de equipes multiprofissionais, operadoras de conhecimentos multidisciplinares; implantar e desenvolver uma política de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade e do compromisso com os usuários e com o serviço público; implantar uma nova lógica organizacional, no sentido de romper com a tradição da submissão hierárquica ao poder médico e ao poder administrativo; criar processo gerencial democraticamente discutido e que seja baseado nos resultados e na racionalização dos recursos; descentralizar decisões e responsabilidades, visando à busca da autonomia e da participação ampliada dos profissionais no alcance do objetivo geral do CAS/Novo HU; estimular a cultura do compromisso com a qualidade do atendimento aos usuários internos e externos.

Em relação *ao ensino, pesquisa e assistência*, as UCAs deverão entender a atividade acadêmica numa nova dimensão. Deverá haver acordos que possibilitem a ampliação das relações entre *as unidades de produção e as unidades acadêmicas*, com o objetivo de trocar conhecimentos teóricos e inovações geradas na prática, para alcançar o mútuo fortalecimento. Visa a fortalecer o “aprender-fazendo” do cotidiano

do trabalho em saúde, conjugando a dupla função, ensino-assistência, exercida, sempre que possível, por um mesmo profissional. Para garantir o exercício da dupla função, serão asseguradas formas equitativas de remuneração de desempenho para os docentes e os profissionais de serviço. Essa medida visa a evitar a fuga de docentes e profissionais de carreira, bem como a contratação de profissionais via fundações ou cooperativas de serviços, tão lesiva à perenização da força de trabalho e à construção de um projeto coletivo mais duradouro.

3) Unidades administrativas (UAs)

O planejamento de um *modelo de gestão* para o CAS/Novo HU/UFJF expressa uma concepção administrativa e organizacional produzida na participação conjunta de profissionais que compõem o quadro administrativo, tais como técnicos em finanças, informática, auditoria e outros que, juntamente com profissionais de saúde, trabalham no sentido de suprir as especificidades desta instituição complexa – o hospital público de ensino.

As UAs, a partir da definição do modelo de gestão, é uma configuração conceitual e operacional com características para estruturar os elementos do processo de trabalho e da organização dos recursos materiais, humanos e financeiros, e também referentes aos serviços de apoio (finanças, manutenção, transporte e outros) e complementação (farmácia, nutrição, fisioterapia, serviço social e outros) definidos para uma dada estrutura institucional. Refere-se ao processo ativo de determinação e orientação a ser seguido para a realização dos objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de *análises, decisões, comunicação, liderança, motivação e controle/avaliação*.

O modelo de gestão na perspectiva político-organizacional-integral-democrática incorpora os elementos acima enumerados, que não seriam definidos de modo normativo e tecnocrático. Ao contrário, aposta na via da responsabilização dos profissionais, o que implica o desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais e administrativos pertinentes a uma rede de serviços. Em relação à estrutura organizacional, o enfoque postula a necessidade de intensificar as estruturas em rede (interna e externa) e esta-

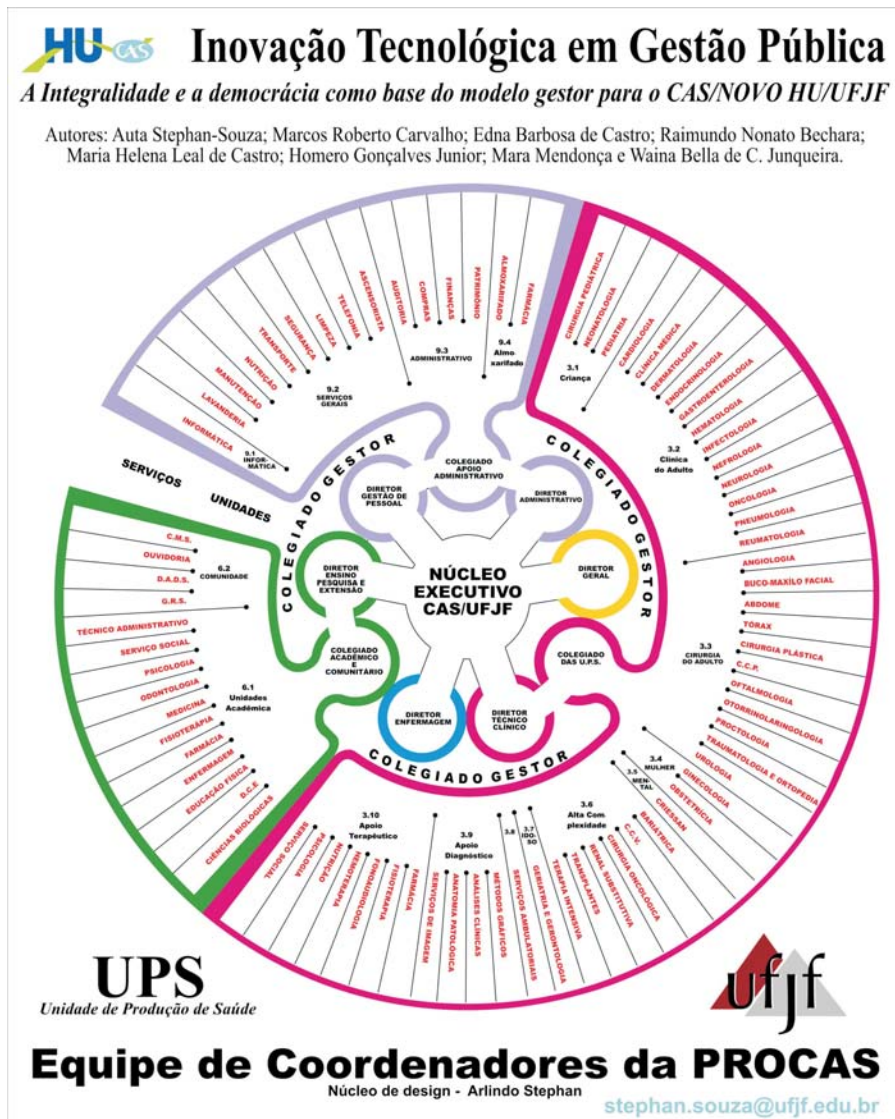
belecer o diálogo multidisciplinar, promovendo a busca de transversalidades (RIVERA, 2003).

Referências

- CAMPOS, G. W. S. *O método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECILIO, L. C. O. *Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*. Campinas: UNICAMP, 2002.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. *Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais*. Campinas: UNICAMP, 2002.
- MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.
- _____. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- RIVERA, J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

O Adolescente Paulo Freire e suas estratégias para a promoção e prevenção de saúde valorizando o protagonismo juvenil

DANIELA FALCI PEREIRA
DÁRBIO ANDRÉ DE LIMA



Apresentação

O Adolescente Paulo Freire é uma unidade de saúde que tem no centro de suas ações o adolescente e o jovem. Seus princípios e diretrizes estão pautados nas bases programáticas do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde). Está vinculado institucionalmente à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e sua missão prioritária é promover o protagonismo juvenil na perspectiva do exercício dos direitos de cidadania e da atenção integral à saúde desse grupo etário.

O Adolescente vem desenvolvendo atividades de atenção à saúde com o adolescente e o jovem, na faixa etária de 10 a 21 anos, a saber: atendimento individualizado, em consultas médicas e de enfermagem, em entrevistas de serviço social e nos encaminhamentos à saúde bucal. Mas é nas atividades coletivas, como o planejamento familiar, o grupo de saúde do adolescente, as oficinas de teatro, saúde e cidadania e o Curso de Formação de Adolescentes e Jovens Promotores de Ações de Saúde e Cidadania que reside sua principal missão. Essas atividades têm como premissa básica o desenvolvimento permanente de linguagens direcionadas para a juventude, tendo como foco a valorização de seus projetos de vida e a construção de espaços de sociabilidade que considerem, no processo de educação em saúde, a produção de saberes e práticas. A produção de saúde nesta perspectiva se traduz em práticas pedagógicas que objetivam construir o sujeito protagonista da ação de transformação social e, por sua vez, sua própria transformação

enquanto indivíduo social. Ou seja, a proposta do Adolescente é a permanente criação de possibilidades coletivas de construir algo novo, produzindo novos sentidos para as políticas públicas voltadas a esse segmento da população, a partir da elaboração das experiências vividas pelas próprias juventudes.

Um panorama da saúde reprodutiva da adolescência / juventude brasileira

Os indicadores de saúde, a partir da década de 1990 e dos anos 2000, vêm apontando para uma complexa e grave situação de feminização, empobrecimento e diminuição da faixa etária no que concerne à epidemia de Aids. Em relação ao último problema, uma pesquisa apresentada no Encontro Nacional de Educadores na Prevenção da Aids (2000) apontou que “em novembro de 1998 foram registrados 145.327 casos de Aids, notificados na faixa etária entre 25 e 34 anos de idade, correspondendo a 43% do total nacional de casos”. Concluiu que a maior parte dessas infecções “incidiram entre jovens de 14 a 15 anos”, chamando a atenção para o quanto essa faixa etária está exposta ao risco de infecção pelo HIV e alertando para a necessidade de intervenções urgentes.

A gravidez na adolescência é outra questão de extrema relevância social para a saúde pública brasileira. A partir de 1980, a gravidez na adolescência obteve um crescimento de cerca de 15%, correspondendo aos nascimentos entre mães de 15 a 19 anos (GRUPO DE TRABALHO E PESQUISA EM ORIENTAÇÃO SEXUAL, 2002). Segundo a mesma fonte, “cerca de 700 mil garotas se tornam mães a cada ano. Precisamente 1,3% de todos os partos realizados no Brasil são de meninas de 10 a 14 anos. Em 1993, esse índice era de 0,93%” (GTPOS, 2002). Houve, assim, considerável crescimento do número de adolescentes grávidas na última década do século passado.

Os dados do EDUCAIDS/UNICEF (2000) apontam, ainda, para uma considerável tendência à prematuridade da gravidez na adolescência. Somados a esse registro, somente no ano de 1997 foram registrados pelo SUS 720 mil partos e 250 mil abortos, entre jovens de 10 a 19 anos de idade. Em 1996 confirmou-se que 26% das mortes maternas registradas eram entre jovens de 15 a 19 anos. Ressalta-se, também, que apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos

com vida sexual ativa usam algum método contraceptivo (EDUCAIDS/UNICEF, 2000).

O fato denota a vulnerabilidade feminina nessa faixa etária, em relação à gravidez não desejada e às DST/Aids, constituindo preocupação crescente da saúde pública no país. As mesmas instituições referidas destacaram que, entre as meninas brasileiras, a principal via de infecção pelo HIV são as relações heterossexuais sem o uso de preservativo. Soma-se aos fatores acima referidos um déficit social no tocante à escolaridade das adolescentes. Os registros da segunda metade da década de 1990 demonstraram os prejuízos educacionais que vêm sendo computados para as adolescentes brasileiras: as meninas que são mães antes dos 20 anos têm, em média, dois anos menos de escolaridade que as que não são mães.

Rocinha (XXVII Região Administrativa): uma breve caracterização sociodemográfica local

O bairro da Rocinha possui 61.962 habitantes; a população residente compreende uma estrutura demográfica na qual 49% são homens e 51% mulheres. Sua população adolescente (ciclo de vida compreendido entre 10 e 19 anos) corresponde, aproximadamente, a 18% do seu universo populacional, cujo número total corresponde a 10.823 adolescentes (IBGE. Censo 2000/Projeção 2003).

A população da Rocinha conta com uma das piores condições de vida da cidade do Rio de Janeiro. O IDH de 0,629, lhe confere a 158ª. posição no *ranking* dos bairros da cidade. Mas esse padrão social não corresponde aos residentes da Rocinha de forma homogênea. Pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas e descrita no *site* Viva Favela aponta para uma Rocinha de contrastes sociais: enquanto os que residem na Estrada da Gávea – parte mais favorecida da favela – contam com melhor infra-estrutura urbana, habitação mais condigna e renda familiar menos aviltante, 22% da população residente vivem com uma renda *per capita* inferior a R\$ 80,00 reais, em constelações familiares numerosas, habitando pequenos casebres em áreas de difícil acesso e com risco de desmoronamento.

Os atores sociais locais entrevistados apontaram para uma correlação entre gravidez considerada precoce na adolescência, expansão familiar e aumento da população. Segundo esses atores, “as adoles-

centes começam a namorar, engravidam e, para ter privacidade, decidem construir seu próprio barraco em áreas de risco”. A pesquisa tece mais uma inferência que estabelece a determinação social entre baixa renda, baixa escolaridade e alta fecundidade na juventude. Ou seja, “a taxa média de filhos entre as meninas na faixa etária de 15 a 19 anos é cinco vezes maior nas que residem nas grandes favelas cariocas, tais como Rocinha e Complexo da Maré, comparada às meninas da mesma faixa etária residentes em bairros de classe média e classe média alta, a saber: Botafogo, Copacabana, Lagoa, Barra da Tijuca e Tijuca” (FGV, 2004).

Pressupõe-se, então, que a baixa qualidade de vida dos adolescentes e jovens que integram as famílias residentes nas áreas mais excluídas da comunidade aumenta de forma considerável as vulnerabilidades desse segmento da população frente à questão da exposição às DST/Aids e à questão da gravidez não-planejada ou indesejada neste ciclo da vida.

Desafios, abordagens e estratégias

O cenário acima descrito nos coloca um desafio, que, no nosso entender, somente se pautando numa concepção ampliada de saúde é possível avançar na busca da efetividade desejada nas ações de atenção à saúde de adolescentes e jovens. Entende-se que é necessário produzir um pensar e um agir para além de uma concepção assistencialista e preventivista de saúde. Ou seja, a promoção da saúde ultrapassa os pontos de vista da ausência de doenças, da concepção assistencialista de saúde e do controle dos fatores de risco para se evitar as doenças – a concepção preventivista de saúde. Busca-se o apoio em um aporte teórico-metodológico que subsidie uma produção de saberes e práticas estratégicos que possam dar conta da dimensão de totalidade do sujeito, situado historicamente em seu contexto social. E é na concepção da promoção da saúde que o foco das ações se deslocam efetivamente da doença e se voltam para a vida dos sujeitos em sociedade.

O Adolescente Paulo Freire lança mão de algumas estratégias de promoção da saúde no enfrentamento da questão da gravidez “não-planejada ou desejada” e na questão da prevenção das DST/ Aids na adolescência/juventude, a saber: o planejamento familiar, com enfoque na produção das subjetividades das juventudes e na valorização de seus

projetos de vida; as oficinas de teatro, saúde e cidadania, problematizando as relações sociais na perspectiva da dramatização e elaboração dos conflitos; e o curso de formação de adolescentes e jovens promotores em saúde e cidadania, que tem como proposta básica a formação de adolescentes e jovens para atuar na vida pública de sua comunidade e da sociedade de forma geral, sobretudo entre os seus pares, em ambientes freqüentado pelas juventudes.

Planejamento da saúde reprodutiva

Os conteúdos dessas atividades abordam questões como: a expressão e o desenvolvimento da sexualidade na adolescência/juventude, as relações assimétricas de gênero e suas implicações na negociação do uso do preservativo, o corte geracional no controle da fecundidade, na apropriação das informações e no acesso aos métodos contraceptivos, na perspectiva do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos. O principal objetivo é garantir às mulheres e aos homens jovens, em desenvolvimento, os direitos básicos de cidadania, previstos na Constituição brasileira e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Prevenção das DST/Aids e outros agravos de saúde

Estudiosos e gestores do setor saúde, considerando que Aids e o aborto vêm-se tornando uma das principais causas de morbimortalidade entre mulheres e homens jovens, recomendam a adoção da prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), sobretudo a infecção pelo HIV/Aids e a regulação da fecundidade/contracepção. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal. Dentre os resultados esperados com a iniciativa estão a diminuição da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens e a redução do número de abortos provocados e das mortes maternas deles decorrentes (BRASIL/MS, 2002).

Premissas da proposta de intervenção

O Adolescente Paulo Freire vem contribuindo no enfrentamento das demandas sociais colocadas por nossas juventudes. A promoção do acesso de qualidade à saúde reprodutiva do adolescente e do

jovem é uma resposta institucional a uma das demandas emergentes desse segmento social.

O Adolescente tem como orientação básica de suas ações de educação em saúde, frente às temáticas da sexualidade, das doenças sexualmente transmissíveis e da reprodução neste ciclo da vida, a convicção de que esses temas não podem ser abordados apenas com a proposta da responsabilização individual. Esta perspectiva suprime a contextualização dos fatores institucionais e macroinstitucionais que modelam a sexualidade e seus aspectos biopsicossociais – o capital e a produção de subjetividades da sociedade de consumo, as relações do Estado moderno estabelecidas com as classes proprietárias e as classes trabalhadoras, a sociedade civil, a democracia e a livre expressão do pensamento, a família, a escola, o masculino e o feminino, o aprendizado das regras sociais da aproximação de garotas e rapazes e a formação de suas identidades jovens – através do desenvolvimento dos seus vínculos afetivos e sexuais. O Adolescente recomenda uma abordagem aberta sobre educação sexual, que contemple conteúdos para além das informações técnicas, de forma a abranger os aspectos relacionais de gênero e a dimensão afetiva e cognitiva dessa geração jovem e, sobretudo, respeitando suas particularidades de classe e étnico-raciais.

Oficinas de teatro, saúde e cidadania

Frente à necessidade de aproximação do público pré-adolescente e adolescente/jovem, criou-se o Grupo de Teatro, Saúde e Cidadania, em maio de 2006. As oficinas de teatro do Adolescente visam à elaboração criativa das vivências cotidianas da vida social dos jovens residentes da comunidade da Rocinha. Nas oficinas são trabalhadas temáticas diversas: a emergência da sexualidade na adolescência e o tratamento que é dado a ela no âmbito da família, da escola e da sociedade de forma geral, ressaltando suas expressões no universo masculino e feminino. Já montamos algumas cenas que problematizam questões como a iniciação da vida sexual, a negociação do uso e do não-uso do preservativo entre os casais, simulando diversas formas de conjugalidade. Colocamos em pauta, também, a gravidez considerada precoce na adolescência, os preconceitos com relação à orientação sexual e a condição étnico-racial dos cidadãos –

sobretudo os atributos tradicionais do gênero masculino e feminino e as relações desiguais entre os gêneros, na perspectiva da prevenção das DST/Aids e da resolução de conflitos de forma dialógica e preventiva à violência de gênero. Abordamos também as questões que envolvem as relações desiguais no mundo do trabalho e a violação de direitos no campo da prostituição infantil e juvenil. As oficinas de teatro têm a pretensão de estimular a dimensão da realização do sonho pessoal e exercitar, no plano da representação e da utopia, um projeto de sociedade mais justa, solidária e fraterna.

Formação de adolescentes e jovens promotores de saúde

O curso de formação de jovens promotores de ações de saúde e cidadania tem como objetivo prepará-los para realizar ações que propiciem a criação e o desenvolvimento de espaços de sociabilidade voltados para atividades que valorizem a participação da juventude nas questões emergentes da coletividade mais próxima e da sociedade, de forma mais ampla. O Adolescente vem apostando no protagonismo juvenil e na capacidade de capilarização e difusão dos conceitos e práticas da promoção da saúde, mediados pela estratégia da metodologia de pares.

A partir do segundo semestre de 2005 até o segundo semestre de 2006, dez jovens vêm participando de um processo de formação que abrange conteúdos programáticos do campo da saúde e da cidadania. Durante esse período, os jovens tiveram a oportunidade de participar de oficinas de promoção da saúde, de centros de estudos e debates do setor saúde, construindo, assim, uma história de referência na promoção da saúde com as juventudes de sua comunidade. Os jovens promotores de saúde tiveram a oportunidade de entrar em contato com temas relacionados à política de saúde no sentido ampliado, com conceitos e práticas relacionados à memória e à identidade social de sua comunidade, na perspectiva da construção de uma identidade jovem que pensa as questões de saúde e cidadania de sua comunidade. Sobretudo, eles se tornarão agentes de promoção da saúde no espaço da escola, nos eventos de saúde e nas dependências da unidade de saúde do Adolescente Paulo Freire.

O curso de formação de adolescentes e jovens promotores de saúde tem por objetivo estratégico a compreensão dos conteúdos

atualizados relacionados à saúde e à cidadania. Mas é no desenvolvimento da dimensão do potencial criativo e propositivo dos novos atores da promoção da saúde que consiste o cerne da questão do Adolescente. O curso de formação do Adolescente é uma estratégia de construção de uma postura cidadã de mobilização das juventudes na direção de um projeto ético-político que aponte para a construção da autonomia dos sujeitos jovens na perspectiva da luta pela garantia do acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade brasileira.

Os estudos sobre saúde pública e juventude vêm chamando a atenção para a pouca participação de jovens nas equipes de saúde de forma geral. Mediante esta constatação, o Adolescente preconiza que os programas de saúde devem beneficiar-se da presença dos jovens, para o melhor conhecimento de suas necessidades e a implementação e avaliação das atividades voltadas para esse grupo populacional. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e de interesse público, e o empoderamento dos atores envolvidos, mediante a capacitação de indivíduos e comunidades, com o objetivo de realizar diagnósticos de suas necessidades de saúde e elaborar planos e estratégias no encaminhamento de suas demandas ao poder público.

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei Orgânica da Saúde*, 8080/90 e 8.142/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/01. DOU nº 96 seção 1E, de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde do Adolescente*. Saúde de Adolescentes e Jovens. Ministério da Saúde, 2004.
- CIDADE CIDADÃ: as diversas formas de superação da violência. Relatório da oficina de trabalho violência urbana e saúde. IV Conferência das Cidades / Conselho Nacional de Saúde. Relatora Sara Escorel. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- DE PAULO, A. (Ed.). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei Federal 8.069/1990. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Rio Janeiro: Secre-

- taria Municipal de Desenvolvimento Social, 2002.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Rocinha de contraste. Vida Urbana, Site Viva Favela*. Rio de Janeiro, 2004.
- GRUPO DE TRABALHO E PESQUISA EM ORIENTAÇÃO SEXUAL. Boletim nº 23. Paradoxos. EGYPTO, A. C. (Org.). São Paulo, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Projeção 2003.

A gestão local em um serviço psiquiátrico comunitário como estratégia para a materialização do SUS e resgate da autonomia: o caso do conselho gestor do CAPS

LESLIE SANFORD CHAVIN
FÁTIMA CRISTINA ALVES DE ARAUJO¹

O controle social ou gestão participativa é uma das inovações na política pública de saúde brasileira oriundas do Sistema Único de Saúde (SUS). Através desse tipo de gestão, ou controle, a sociedade civil pode interferir na gestão das políticas públicas de acordo com o contexto em que se insere. Para que esse tipo de gestão se materialize, é necessário que todos os atores envolvidos se reconheçam como sujeitos ativos e responsáveis, e que seja construído um ambiente democrático, tornando as instituições mais permeáveis a esse valor.

Além das instâncias colegiadas, legalmente destinadas a essa participação – conselhos e conferências de saúde – tem-se como estratégia, as atividades de gestão participativa em cada instituição do SUS. Como exemplo desse tipo de gestão é possível mencionar os conselhos gestores locais.

Até as últimas décadas do século passado, era inconcebível pensar em gestão participativa no campo da psiquiatria, visto que a organização do campo se apoiava na premissa de que loucura significava ausência de razão, sendo o louco um subcidadão desprovido de direitos. Contudo, nas últimas décadas do século XX, esse quadro começa a ser modificado. Diversos países iniciam o processo de reforma da assistência psiquiátrica. No Brasil o movimento é marca-

¹ Enfermeira Mestranda em Saúde Coletiva no IMS / UERJ; pesquisadora do LAPPIS.

do pelo contexto da época, movimento de redemocratização nacional, além da influência de outros países, especialmente a Itália.

Com a Reforma Psiquiátrica, busca-se um novo *status* para o louco e a loucura, onde o portador de transtorno mental possa ter sua autonomia assegurada através da valorização do seu poder de contratualidade cotidiano. O campo da psiquiatria brasileiro começa a se organizar, a fim estimular a implantação de dispositivos de cuidado que permitam pôr em prática as transformações assistenciais, jurídicas e culturais propostas pela reforma. Dentre estes dispositivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm papel estratégico como articulador da reforma da assistência no território.

O CAPS Leslie Sanford Chavin localiza-se no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro. É considerado um CAPS II, destinado a atendimento de portadores de transtornos mentais maiores de 18 anos.

Através do Conselho Gestor do CAPS Leslie Sanford Chavin, busca-se desenvolver a gestão da unidade de forma participativa, junto aos portadores de transtorno mental e seus familiares. Pretende-se, com isso, contribuir para o desenvolvimento cotidiano de ações integrais de saúde, nas quais a noção de integralidade esteja relacionada à possibilidade de materialização de uma política de saúde em defesa da vida, com o cuidado centrado no usuário e entendido como uma noção plural ética e democrática.

Objetiva-se com este estudo relatar a experiência de implantação e funcionamento desse tipo de gestão participativa. O Conselho Gestor é composto por dois técnicos, dois usuários, dois familiares e dois suplentes para cada grupo, além de dois representantes da direção. Os membros foram escolhidos por eleições diretas, organizadas por comissão eleitoral composta por representantes de todos os segmentos que compõem o conselho. Durante o processo eleitoral, ocorreram debates entre os candidatos nas reuniões de familiares e assembleias de usuários. Os membros foram empossados como conselheiros, pelo presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em cerimônia simples, durante a reunião semanal de equipe do CAPS.

Na reunião subsequente do Conselho Municipal de Saúde, seu presidente apresentou os membros do Conselho Gestor do CAPS e teceu elogios à capacidade de organização sociopolítica de uma uni-

dade destinada ao atendimento daqueles que historicamente sempre foram considerados subcidadãos.

Ao se definir o horário das reuniões do Conselho Gestor, buscou-se conciliar o horário dos técnicos e familiares, optando-se por realizá-las entre as reuniões de familiares e de equipe que ocorriam no mesmo dia da semana.

No momento da realização deste estudo, o conselho se reunia mensalmente e discutia a política de saúde mental local e regional com encaminhamento de propostas. Além disso, participava das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde. Como exemplo da ação do Conselho Gestor, destacamos a mobilização realizada para a permanência da gestora local, no período de transição da gestão municipal. Devido à mobilização do Conselho Gestor junto ao Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, o CAPS foi a única unidade que não teve seu gestor modificado com a troca de governo.

A experiência de gestão participativa no CAPS espera, além de pôr o SUS em prática a partir de uma assistência pautada pela integralidade e participação popular, constituir uma via para o exercício cotidiano da cidadania, auxiliando na conquista e reconhecimento de direitos de pessoas excluídas ao longo da história.

Saúde da família no Alto Simão: a integralidade e a interdisciplinaridade na assistência e no ensino

PATRÍCIA M. MANO
MARCIA SOLANGE T. S. X. DA SILVA
MARLI RIBEIRO
AIDÊ DE JESUS PIMENTA
GILBERTO PAES SELLES
PRISCILA G. RODRIGUES
MARIA JÚLIA R. NORTON

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF), modelo substituto da rede básica nacional de saúde de cobertura universal, assume o desafio do princípio da equidade, devendo ser reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica, nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudança de atitudes. O PSF desenvolvido desde 1998 na comunidade do Alto Simão, em Vila Isabel, propõe a integração ensino-assistência através da prática, sendo essencial à formação de profissionais que atendem ao mercado atual e à demanda da nossa população, contribuindo para melhoria da sua qualidade de vida.

Metodologia

A equipe do PSF-PPC/UERJ é composta por um médico, dois enfermeiros, um fisioterapeuta, um nutricionista, um cirurgião-dentista e um técnico em higiene dental, além de alunos da graduação dos cursos de medicina, enfermagem e nutrição, que participam do programa de estágio externo complementar, da UERJ. A interdisciplinaridade já está incorporada pela equipe do PSF-PPC/UERJ de forma dinâmica, possibilitada através das atividades assistenciais, pedagógicas e gerenciais desenvolvidas. O processo de trabalho tem como base o mapeamento da comunidade, o

cadastramento e recadastramento familiar e a consolidação e análise dos dados obtidos, propiciando, assim, o estabelecimento de prioridades, a avaliação do impacto das ações e seu replanejamento. Para atingirmos este fim, utilizamos como instrumentos: visita domiciliar, consultas, interconsultas, consulta conjunta, grupos homogêneos e de convivência, encontros comunitários de promoção à saúde e reuniões comunitárias.

Objetivos

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial, propondo a integração ensino-serviço a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS; imprimir, através da integralidade e interdisciplinaridade, uma nova dinâmica de atuação na Policlínica Piquet Carneiro (PPC), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população da comunidade do Alto Simão.

Público-alvo

Cento e quarenta e nove famílias da comunidade do Alto Simão e alunos da graduação de diversas unidades acadêmicas.

Histórico da Comunidade do Alto Simão

A Comunidade do Alto Simão surgiu em 1988, fruto da mobilização e reorganização de várias famílias do Morro dos Macacos, em Vila Isabel, desabrigados pelos desabamentos decorrentes das chuvas que assolaram o município do Rio de Janeiro naquele mesmo ano.

Inicialmente, as famílias desabrigadas permaneceram em acampamentos provisórios da Defesa Civil, na Rua 8 de Dezembro, até 1990. Durante esse período, algumas lideranças comunitárias deram início a um processo de articulações e mobilizações, com vistas a obter, através da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, a desapropriação de uma área próxima ao Morro dos Macacos que estava destinada à construção de um condomínio de luxo.

Apenas em 1990 a prefeitura assentou as famílias desabrigadas na área reivindicada e se comprometeu com a construção de moradias populares. As famílias foram assentadas “provisoriamente” em módulos residenciais de madeira com dez metros quadrados, sem

nenhum sistema de iluminação natural, com cobertura de telhas de amianto: luz elétrica, rede de esgoto, banheiro e lavanderia coletivos. A água encanada só foi fornecida posteriormente. Cada módulo correspondia a uma família e agregados.

Ainda naquele ano a prefeitura do Rio de Janeiro – através de serviços terceirizados e da Secretaria Municipal de Obras – iniciou a construção de apartamentos distribuídos em vilas. Apesar das inúmeras provisões e da participação de moradores em sistema de mutirão, para o término da construção, somaram-se dez anos, sendo entregues em maio/1998, somente para 84 famílias. As outras famílias permaneceram nos módulos de madeira, até dezembro de 2003, quando foram concluídas e entregues 46 novas casas de alvenaria, urbanizadas pelas Secretarias de Habitação e de Obras da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Existem ainda 13 famílias, residentes em área íngreme de difícil acesso, desprovida de urbanização e saneamento básico, que fazem parte da comunidade.

Atualmente, a comunidade do Alto Simão é constituída por 149 famílias, com uma média de 600 pessoas, apresentando um perfil socioeconômico e de saúde modificados, através das conquistas alcançadas pela mobilização da comunidade e das ações desenvolvidas pela equipe do Programa Saúde da Família.

Parcerias

- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS)/RJ;
- Projeto de Extensão Aprendendo e Ensinando com Alto Simão/ Faculdade de Enfermagem – UERJ;
- Instituto de Nutrição - UERJ;
- Setor de Fisioterapia / HUPE-UERJ;
- Igrejas locais.

Resultados

- Cadastramento familiar com cobertura de 95% da população.
- Aumento da cobertura vacinal, da realização de acompanhamento pré-natal e de exames de preventivo ginecológico.
- Maior aderência ao tratamento por parte dos portadores das doenças crônico-degenerativas.
- Maior adesão aos grupos homogêneos e de convivência.

- Integração dos idosos por meio do grupo de convivência “Felizidade”.
- Fortalecimento do vínculo com a SMDS/RJ.
- Maior adesão ao autocuidado por intermédio de processos educativos.
- Realização de treinamento introdutório em saúde da família para alunos da graduação dos cursos de medicina, enfermagem e nutrição.
- Envolvimento dos alunos estagiários do PSF nos trabalhos de pesquisa realizados na comunidade, como primeira aproximação da realidade sociosanitária.

Conclusão

O desenvolvimento de políticas de cuidado à saúde no âmbito familiar e comunitário tem ajudado a romper barreiras do modelo biologicista e avançado na perspectiva inovadora da implementação de ações para consolidar um novo modelo de atenção à saúde, contribuindo, desta forma, na formação do profissional necessário a esse modelo.

De portas abertas para as comunidades

VALÉRIA DOS SANTOS NORONHA¹

Apresentação

Este projeto de gestão é fruto da experiência vivenciada no Programa Saúde da Família de Macaé em 2005 enquanto assessora junto à coordenação do programa.

Historicamente, o Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado no Brasil em 1993 e oficializado em 1994, mas a sua expansão efetiva ocorre a partir de 1995. O PSF é apresentado como um modelo de assistência à saúde que objetiva o desenvolvimento de ações de proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. É uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuida do aspecto curativo reabilitador; com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos e sociais e privilegia a intersetorialidade (Reis e Hortale, 2004, p. 495).

¹ Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ, Mestre em Serviço Social, Sanitarista e Assistente Social.

Em Macaé, de acordo com o Modelo Assistencial aprovado na “VI Conferência Municipal de Saúde realizada em 16 de agosto de 2003”, a estratégia da Saúde da Família (PSF) vem sendo implantada de forma gradativa em toda a rede básica do SUS. Esta implantação vem ocorrendo em consonância com os princípios básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: Integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela e equipe multiprofissional. Consideramos inexorável que neste processo de implementação participem e sejam ouvidos as Associações de Moradores e Conselho Municipal de Saúde.

Além da equipe mínima, composta por um (01) médico, um (01) enfermeiro, um (01) auxiliar de enfermagem e de quatro (04) a seis (06) agentes comunitários de saúde- AC'S, o PSF está inserindo em seu processo de trabalho os seguintes profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. A formação de uma equipe multiprofissional ampliada possibilita que a questão da saúde seja vista em sua totalidade, considerando inclusive, o impacto das expressões da questão social no processo de saúde-doença.

Em julho de 2005, existiam 24 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 2 PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde) em 22 Unidades Básicas. O programa possuía 156 agentes comunitários de saúde, abrangendo 73.324 habitantes, o que corresponde a 52% da população urbana, sendo 100% de cobertura da zona rural e periferia.

Com a implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o município pretende ampliar a cobertura das equipes de saúde da família na área urbana.

O respectivo projeto de gestão foi criado com o objetivo de incorporar ações que possuíssem como objetivo central a produção de melhores resultados e qualidade para o programa.

Passos na construção do projeto

O projeto significou a possibilidade da criação do novo, do idealizado e somente ganhará vida a partir da adesão dos trabalhadores envolvidos nas equipes de saúde da família. Para isto era preciso fortalecer o comprometimento da coordenação, da equipe de supervisão, gerentes das unidades e demais profissionais para a existência

e sucesso de um modelo de gestão que estará voltado para a realidade local e para as comunidades já atendidas.

A aposta em um novo projeto deveria ser sistematicamente avaliada pelas pessoas que vivenciavam o cotidiano do serviço de saúde, construindo formas dialogadas de entendimento para a tomada de decisões.

A preparação para a ação

Tendo claros os resultados esperados, a montagem de cenários foi absolutamente necessária. Os principais resultados gerais esperados foram: respostas que garantam uma maior resolutividade; ampliação de cobertura; fortalecimento da interdisciplinaridade; decisões colegiadas e participativas; maior integração das equipes com as comunidades; relação horizontalizada entre a coordenação e as gerências; democratização no acesso aos serviços de saúde e capacitação permanente. Cada ator deveria ser considerado no processo e ser envolvido na discussão de melhores soluções.

O projeto desejou privilegiar a construção de espaços democráticos visando a negociação e a percepção de problemas. Com efeito, o desenvolvimento de reuniões colegiadas aconteceriam sistematicamente nas comunidades, nas Unidades e na própria coordenação.

A equipe de supervisão

O papel da equipe de supervisão é fundamental para subsidiar um suporte efetivo às equipes em saúde da família. Além de propor um processo de interação com as equipes em saúde da família, extremamente capacitante, a supervisão em conjunto com os trabalhadores inseridos nas equipes provocará uma reflexão sobre os indicadores epidemiológicos das áreas cobertas pelo programa.

A supervisão aqui proposta deveria se distanciar daquele modelo de supervisão tradicional, fiscalizador e autoritário e deve aproximar-se de uma visão moderna, a de supervisão capacitante ou, como alguns autores definem, uma convivência¹. Esta supervisão deve ser dinâmica e constituir-se como elo de ligação entre a coordenação e as equipes, sempre numa perspectiva de troca de saber e não de imposição de um saber pelo outro (característica principal do processo de trabalho que se desenvolve fora da perspectiva interdisciplinar),

atuando na implementação de protocolos de assistência e sistematizando a educação continuada dos profissionais.

A visão de “Trabalhador Coletivo em Saúde”² é um eixo de categoria importante para oferecer uma maior sustentabilidade à noção de totalidade que o programa deve adotar em seu conteúdo.

As equipes demandavam pelos encontros semanais e priorizam a relação com a supervisão para a problematização das situações vivenciadas.

A estrutura atual da equipe de supervisão idealizada por esta gestão, objetivando se aproximar da noção de supervisão capacitante, é composta por quatro profissionais de diferentes áreas, a saber: enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia e serviço social.

Capacitação permanente

Um dos principais focos de trabalho da equipe de supervisão é a sistematização da capacitação das equipes do PSF de Macaé. Para tanto, torna-se indispensável o comprometimento das mesmas no que tange ao levantamento das suas demandas nesta área. A participação crítica e propositiva é condição para o êxito de propostas de trabalhos deste tipo: equipe, supervisão e coordenação precisam caminhar juntas, falar a mesma linguagem e estarem voltados para o mesmo objetivo: otimizar a atenção e o cuidado para com a população na área de saúde. Desta forma, poderíamos afirmar que a palavra de ordem nesta gestão é a EFETIVIDADE ou IMPACTO.

A proposta esteve centrada na realização de grandes fóruns de debates com temáticas de interesse comum a todas as equipes e minicursos com temáticas específicas para cada área ou áreas profissionais. A periodicidade seria bimestral, a princípio.

O trabalho com as lideranças comunitárias

O foco do programa é oferecer assistência às famílias, já que ela constitui-se como núcleo central do nosso trabalho. Atualmente a família está passando por múltiplas transformações na sua composição e na sua constituição decorrentes de aspectos distintos: culturais, sócio-econômicos etc...

Considerando que o Programa atende a diferentes comunidades, o território passa a ser um espaço intensamente marcado pela diver-

sidade cultural, formação histórica, entre outros aspectos. Desta forma, a participação comunitária e o conhecimento da realidade local são fatores de grande importância para o sucesso das ações que se pretende desenvolver com programa.

A realização de encontros sistemáticos com as comunidades tornou-se fundamental. Para tanto realizamos um planejamento para utilizar os recursos físicos existentes nas próprias comunidades (escolas, igrejas, associação de moradores e outros) com o intuito de nos reunirmos com as diferentes lideranças comunitárias, no sentido de percebermos as necessidades mais prementes, assim como a satisfação da população com o programa, o que possibilita a curto e médio prazo, o fortalecimento da participação e o controle social.

A resolução de problemas

Em qualquer gestão, muitos problemas são identificados e apresentados como entraves à ação imediata. Para tanto se torna de fundamental importância a identificação de tais problemas e o encaminhamento dos mesmos, desde que concomitante ao planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Devemos perceber a rede de causalidade dos problemas e procurarmos um método para solucionar e enfrentar os principais nós críticos, tendo sempre como norte a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população-alvo, já que é por ela que a existência do nosso trabalho se justifica.

A aplicação do planejamento estratégico³ junto às equipes em saúde da família, principalmente contando com a participação da supervisão e das gerências das unidades é um caminho que deve merecer a devida relevância para o sucesso do trabalho realizado.

Acolhimento, cuidado, vínculo e resolutividade

O Programa Saúde da Família de Macaé pretende ser um agente de transformação das práticas em saúde, contribuindo para o resgate da cidadania.

A gestão pretende cada vez mais estimular a atuação nas equipes, destacando a importância da educação em saúde, seja nos atendimentos realizados no âmbito das Unidades Básicas ou nas visitas domiciliares. A participação ativa da comunidade é um elemento vital para

a materialização dos melhores resultados para o programa.

Em um modelo onde o conceito de saúde é visto em sua forma mais ampla, faz-se necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais para a resolução de problemas, tais como: abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico, entre outros. (Malik e Terra, 1998:7)

Além disso, as categorias que ocuparam o eixo central desta proposta de gestão são: Acolhimento; Cuidado; Vínculo; Resolutividade.

Segundo Campos (1994:53), vínculo, mais desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, mais estímulo ao auto-cuidado, mais trabalho em equipes com maior autonomia profissional e concomitante maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência dos processos de trabalho,...são todos caminhos para se vencer a resistência da clínica mecanicista e biologicista...

Resultados esperados

Desejamos alcançar com a consolidação do respectivo projeto, as seguintes ações em saúde: Tratar humanizadamente toda a demanda; Responder a todo demandante; Discriminar os riscos, as urgências e emergências; Responder as demandas coletivas e individuais; Produzir a informação necessária para as equipes; Ficar alerta, junto às equipes para realizar uma leitura dos problemas do ponto de vista da sua dimensão coletiva e abrir possibilidades de novas opções tecnológicas de intervenção.

A proposta é construir um atendimento que tenha como base, a relação humanizada e acolhedora com os usuários. O fundamental é produzir um processo de assistência com a criação do vínculo, visando a autonomização do sujeito. Criar vínculos significa a responsabilidade e o compromisso da equipe com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam. A possibilidade do vínculo rompe com a relação burocratizada e impessoal com os usuários.

Quanto à resolutividade, ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas além disso, é a disponibilidade para eliminar a dor e o sofrimento e as causas reais dos problemas do paciente. Além disso, é a intervenção efetiva sobre os problemas que afetam o sistema de saúde.

Referências

- CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde. um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MALIK, A. M.; TERRA, V. *Programa Médico de Família de Niterói*. programa de gestão pública e cidadania. São Paulo: FGV, 1998.
- REIS, C. C. L.; HORTALE, V. Programa Saúde da Família: supervisão ou convivência? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 492-501, mar./abr. 2004.
- SANTANA, J. P. *A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta*. Documento apresentado no Painel estão de Recursos Humanos, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos de saúde, Brasília, setembro 1993.

Notas

¹ Termo utilizado por Roberto Nogueira e Numer e Barreto e que significa uma gestão colaborativa ou construção conjunta (Reis e Hortale, 2004, p. 496)

² O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois, uma imagem que corresponde, enquanto agente do trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário. Concretamente, tal agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão de trabalho. É portanto um conceito de aplicação prática no campo da gestão, em seus aspectos organizativos ou operacionais do processo produtivo.

³ Basicamente, o planejamento estratégico é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como: "algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas", ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um dado padrão e que é considerado não-adequado ou não-tolerável e, assim, motiva o ator a enfrentá-lo.

DST/Aids na mira da prevenção: uma perspectiva de integralidade

DÉBORA CALAIS OLIVEIRA*

LÊDA MARIA LEAL**

RAQUEL DE FREITAS FERNANDES ***

DAVI SIMÕES FONSECA ***

LUDIMILA DE ANDRADE TORRES ***

Vislumbrando os hospitais como setor terciário na área da saúde, não raro nos remetemos à idéia de uma prática profissional distante dos moldes de humanização/integração profissional-usuário. Porém, eles podem vir a ser importantes instituições que promovam a garantia da equidade, integralidade da assistência e defesa da vida desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas não apenas à questão biológica-curativista, mas, também, com o universo da prevenção e promoção da saúde. No Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), algumas experiências têm contribuído para este olhar. Na enfermaria Medicina de Homens (MH) uma equipe interdisciplinar desenvolve o Projeto de Intervenção “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”. (SILVA, 2005).

Sua pertinência, para a enfermaria, foi notada em 2003, quando o Serviço Social percebeu que em todas as outras enfermarias funcionavam atividades para pacientes e acompanhantes, menos na MH,

* Assistente Social, graduada na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/FSS-UFJF, residente do Programa de Residência em Serviço Social do Hospital Universitário/HU-UFJF, coordenadora técnica do projeto “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”.

** Professora Adjunta, Faculdade de Serviço Social/UFJF, Assistente Social, coordenadora geral do projeto “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”.

*** Acadêmica de Serviço Social, bolsista do projeto “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”.

*** Acadêmico de Psicologia, bolsista do projeto “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”.

*** Acadêmica de Enfermagem, bolsista do projeto “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção”.

ponderando-se então, que, possuindo esta, leitos para atendimento a pacientes portadores do HIV seria pertinente desenvolver um trabalho com esta temática nesta enfermagem, uma vez que, o número de pacientes que descobriam o vírus estando internados originariamente para outras especialidades (como pneumologia, por exemplo) estava cada vez mais frequente.

Tendo em vista que o perfil das pessoas atingidas pelas DST's/AIDS diversificou-se nos últimos anos, deixando de ser grupo de risco e passando a existir o comportamento de risco, pois as mais variadas faixas etárias, classes sociais e estados civis, estão sendo atingidos. Faz-se preciso medidas preventivas de longo alcance sendo necessário incorporar atividades de educação para reduzir o risco, tornar os preservativos mais acessíveis, facilitar o acesso aos serviços de saúde. Desta forma, é pautando-se na Educação em Saúde, como uma perspectiva problematizadora e dialógica, preconizando uma visão diferenciada do processo saúde-doença, que o projeto DST/AIDS se propôs a trabalhar as discussões no âmbito da socialização de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, com especial ênfase na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), enfocando a prevenção, sexualidade e questões de gênero. Para isto, conta com uma equipe interdisciplinar composta por profissionais e alunos de várias áreas como: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Medicina.

No projeto DST/AIDS aborda-se a questão de gênero e sexualidade, com o intuito de conhecer o conceito de sexualidade do grupo participante das oficinas, buscando sua ampliação, contribuindo para desfazer preconceitos existentes nas relações de gênero. Esta construção de conceitos, parte das próprias experiências e vivências do grupo e, não raro, percebe-se nas falas um conteúdo cultural que dita as normas de conduta de forma diferenciada para homens e mulheres. Discutir sexualidade atrelada à relação de gênero possibilita a inserção de outros temas correlatos, como é o caso das DST's/AIDS. Enfoques como respeito e responsabilidade são tônicas que fazem os participantes pensarem nos comportamentos de risco que envolvem estas patologias, algumas incuráveis e que trazem consequências para todos os envolvidos direta (o paciente) e indiretamente (parceiro (a), família, amigos, comunidade na qual vive e rede de serviços de saúde).

No momento do grupo temos a oportunidade de divulgar a rede de cuidado em saúde existente no município e região, esclarecendo sobre direitos sociais gerais e específicos. A equipe, em parceria com os participantes tem, como ação precípua, propiciar informação qualificada em Sexualidade, Relação de Gênero, DST's e AIDS, bem como propagar a rede de cuidados existente na cidade e região, para que os participantes dos grupos e os participantes em potencial (o universo de relações sociais para o qual quem participou levará a informação adquirida e compartilhada) possam continuar se informando e se cuidando. Neste contexto de escassez de políticas públicas abrangentes, o Projeto procura orientar sobre os direitos sociais mais gerais e que possam ser requeridos pelo conjunto da população (como o acesso à justiça, educação, informação, assistência social, previdência, saúde, medicação, dentre outros) e, direitos específicos para o portador do vírus HIV, como: o acesso ao passe livre, saque de PIS/FGTS, ao coquetel, preservativo etc.

Ao se trabalhar em equipe temos a oportunidade de compartilhar saberes e trocar experiências indo ao encontro de um conhecimento inclusivo, em que não haja mestres ou discípulos. Sendo assim, contribuimos para uma assistência integrada em DST's/AIDS, através de uma equipe interdisciplinar, com atendimento individual e em grupo, praticando preceitos de responsabilização, vínculo, acolhimento e humanização. Valorizamos o saber popular, conjugando saber popular com saber científico, pois nas oficinas, o indivíduo é o centro da ação enquanto participe de seu processo saúde/doença. Essa visão ampla do ser humano enquanto sujeito, requer um posicionamento embasado naquilo que se chama de "agir comunicativo", exercitado entre usuários e profissionais.

Para trabalhar estas questões, muitas vezes delicadas, utilizamos como metodologia as Oficinas de Vivência, privilegiando o saber popular qualificado e contribuindo para a consolidação de um conceito ampliado de saúde e como reforço à troca de experiências, há distribuição de material educativo. As oficinas acontecem semanalmente, as discussões não são processadas em ritmo de palestra, mas sim, a partir da participação de todos. Ao longo do projeto, são realizadas reuniões de equipe para planejamento e avaliação das oficinas e encontros mensais para discussão de temas ligados à saúde.

Optou-se por esta forma de trabalho por acreditar que o amadurecimento para com a prevenção poderá contribuir para a promoção da saúde e melhor qualidade de vida dos participantes, que poderão atuar como agentes multiplicadores em seu meio social.

Desta forma, o projeto busca firmar seu intento na concretização da saúde enquanto qualidade de vida, no momento em que procura contribuir para uma assistência integrada, através de uma equipe que busca cotidianamente a interdisciplinaridade, praticando ações individuais e em grupo, pautadas nos preceitos de humanização, acolhimento, responsabilização e vínculo. O ponto alto desta experiência no ambiente hospitalar, está no fato de se estabelecer, a todo o momento, um intercâmbio entre saber popular e científico, exercitando a comunicação e a linguagem. Poder-se-ia dizer que são a informação qualificada e a rede de proteção social, uma das válvulas impulsionadoras da conquista da qualidade de vida do conjunto da população, da efetivação dos direitos humanos.

Referências

- CAMARGO JR., K. R. *um ensaio sobre a (in) definição da integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003. p. ____
- SILVA, H. H. *et al.* *Projeto DST/Aids: NA MIRA DA PREVENÇÃO*. Hospital Universitário/UFJF, 2003.
- SILVA, H. H. *NA MIRA DA PREVENÇÃO-DST/AIDS: uma experiência de Educação em Saúde no Contexto do HU/UFJF*. Rio de Janeiro: Hospital Universitário/UFJF, 2005.
- STEPHAN-SOUZA, A. I.; MOURÃO, A. M. A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. *Revista APS*.
- VASCONCELOS, E. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 54, 1997.

Políticas de saúde: o Programa de Saúde da Família na Baixada Fluminense*

ALINE DE MOURA SOUZA¹
SUZANA MARTA CAVENAGHI²

Introdução

Este trabalho tem por objetivo apresentar informações referentes à atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) na Baixada Fluminense, destacando sua cobertura e informações sobre mortalidade para três enfermidades: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e tuberculose.

A Baixada Fluminense, situada na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, é uma região que, devido ao seu processo de ocupação, apresenta um cenário de baixo desenvolvimento econômico e precárias condições de saúde. Essas condições, aliadas ao histórico de acesso muita vezes restrito a serviços públicos e comportamentos que resultam em danos a saúde, devido ao estilo de vida imposto a essa população, tornam necessária a implantação de políticas que permitam que esses fatores sejam reduzidos ou eliminados. Isso deve ser feito atingindo-se a raiz do problema e promovendo-se políticas de saúde que respondam às necessidades que seriam decorrentes dos fatores que determinam as diferenças nas condições de saúde. Torna-se necessária uma atuação mais precisa, que atenda aos grupos mais vulneráveis da sociedade, que é onde o impacto desse processo é mais sentido (SENNA, 2002).

* Este trabalho é parte integrante da dissertação intitulada *A mortalidade por causas na Baixada Fluminense, 1996-2002*, realizada sob a orientação da Prof. ^a Dr. ^a Suzana Marta Cavenaghi.

¹ Mestranda na Escola Nacional de Ciências Estatísticas (IBGE/ENCE).

² Pesquisadora/professora no IBGE/ENCE.

A implantação do SUS e as inovações apresentadas pelo sistema de saúde brasileiro ao longo dos últimos anos trouxeram resultados que apresentam pouca perceptividade diante do grande contingente populacional que tem difícil acesso à assistência médica. O PSF seria uma estratégia para alcançar esses setores da população que possuem dificuldade de atendimento médico, assim como para reorientar e reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil.

O PSF faz o registro e o acompanhamento de quatro enfermidades de três grandes causas de mortalidade: diabetes *mellitus*, da causa de morte “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas”; hipertensão, da causa de morte “doenças do aparelho circulatório”; e tuberculose e hanseníase, da causa de morte “algumas doenças infecciosas e parasitárias”. Aqui serão analisadas as enfermidades diabetes *mellitus*, hipertensão e tuberculose.

A diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial são fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares e têm apresentado grande aumento em sua ocorrência na população brasileira. A diabetes *mellitus* apresenta um índice de prevalência de 7,6% na população entre 30-69 anos e 20% na população acima de 70 anos (COELI *et al.*, 2002). Desse total, 50% desconhecem o diagnóstico e 25% não realizam nenhum tratamento. A hipertensão arterial apresenta uma prevalência de 15 a 20% na população adulta, o que na população idosa chega a 65%; entre os que são hipertensos, 30% não sabem que são que apresentam essa doença (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Em 1998, para a população da Baixada Fluminense, as taxas de atendimento eram maiores para as faixas etárias de 1 a 4 anos e de 20 a 39 anos. Em 2000 e 2002 há uma mudança nesse perfil de atendimento, pois as maiores taxas se concentram na faixa etária de 20-39 anos, 50-59 anos e 60 anos e mais, sendo que a partir da faixa de 15-19 anos há o aumento dessas taxas, que se mantêm relativamente baixas até a faixa de 10-14 anos. O aumento observado para o número de casos de 2000 para 2002 é extremamente elevado, principalmente para a enfermidade hipertensão arterial.

A mortalidade para diabetes *mellitus*, doenças hipertensivas e tuberculose segundo as informações do PSF

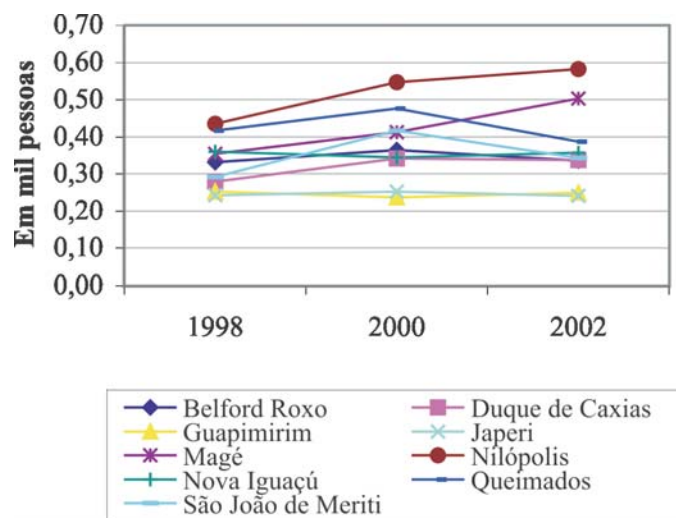
A diabetes *mellitus* e as doenças hipertensivas são enfermidades diagnosticadas em idades mais avançadas e, na maioria dos casos, são resultado de uma vida sedentária e de hábitos alimentares inapropriados. Para o ano de 1998, que foi o ano de implantação do PSF, apenas os municípios de Duque de Caxias e São João de Meriti apresentavam informações para as três enfermidades. Em 2000 o município de São João de Meriti tinha o maior número de pessoas cadastradas com diabetes *mellitus* no PSF: 235,3 a cada mil pessoas. Mas apenas 9,9 pessoas estavam sendo efetivamente acompanhadas. Em 2002 o número de pessoas cadastradas caiu para 23,8, mas o acompanhamento foi mais eficaz, 23,7 pessoas acompanhadas em cada mil. O município com a menor taxa de pessoas cadastradas em 2000 era Queimados, com 12,3 pessoas a cada mil habitantes, mas com um acompanhamento de 11,1 pessoas.

Tabela 1: Taxa de pessoas com diabetes *mellitus* cadastradas e acompanhadas, em mil pessoas, por municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002

Municípios	Cadastrados			Acompanhados		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002
Belford Roxo	-	16,3	32,5	-	15,8	31,8
Duque de Caxias	2,0	7,0	32,8	2,0	5,7	32,4
Guapimirim	-	46,1	47,0	-	42,4	45,2
Japeri	-	14,9	30,6	-	11,2	26,0
Magé	-	-	66,4	-	-	58,4
Nilópolis	-	7,5	27,3	-	7,5	25,0
Nova Iguaçu	-	5,1	17,6	-	5,0	17,6
Queimados	-	0,8	12,3	-	0,8	11,1
São João de Meriti	0,9	235,3	23,8	0,5	9,9	23,7

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Gráfico 1: Taxa bruta de mortalidade por diabetes *mellitus* para os municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002



Fonte: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB).

O aumento das taxas de pessoas acompanhadas e cadastradas tem sido seguido pelo aumento da taxa bruta de mortalidade por diabetes *mellitus* para os municípios da Baixada Fluminense. A maior taxa bruta de mortalidade por diabetes *mellitus* pertence ao município de Nilópolis, com 0,58 óbitos em cada mil pessoas, ficando em segundo lugar o município de Magé, com 0,50 óbitos, que apresenta a maior taxa de pessoas cadastradas e acompanhadas de toda a Baixada Fluminense. O município de Japeri apresenta a menor taxa bruta de mortalidade para essa enfermidade, 0,24 óbitos, seguido pelo município de Guapimirim, com 0,25 óbitos a cada mil habitantes.

Também houve aumento dos cadastros de pessoas com doenças hipertensivas, o maior observado entre as três enfermidades. Os municípios de Duque de Caxias e São João de Meriti, os únicos que tinham atendimento do programa em 1998, tinham uma taxa de 10,0 e 3,7 pessoas cadastradas em mil, respectivamente; em 2000 essa taxa sobe para 30,5 e 49,6 e em 2002 sobe para 130,5 e 104,6, respectivamente. Os municípios de Guapimirim e Magé apresentam as mai-

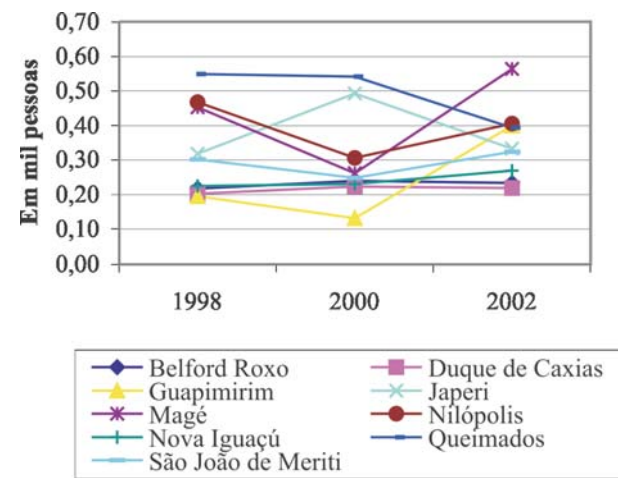
ores taxas de pessoas cadastradas, 230,8 e 331,4 respectivamente. O município com a menor taxa de pessoas cadastradas é Queimados, com 48,6 em mil.

Tabela 2: Taxa de pessoas com doenças hipertensivas cadastradas e acompanhadas por municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002

Municípios	Cadastrados			Acompanhados		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002
Belford Roxo	-	48,0	106,8	-	45,9	105,5
Duque de Caxias	10,0	30,5	130,5	9,9	24,8	128,7
Guapimirim	-	238,3	230,8	-	217,5	217,2
Japeri	-	71,6	134,6	-	56,7	102,5
Magé	-	-	331,4	-	-	253,8
Nilópolis	-	27,1	104,4	-	27,0	95,6
Nova Iguaçu	-	22,3	76,8	-	22,1	76,7
Queimados	-	3,0	48,6	-	2,9	42,5
São João de Meriti	3,7	49,6	104,6	1,8	45,8	104,2

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Gráfico 2: Taxa bruta de mortalidade por doenças hipertensivas para os municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002



Fonte: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB).

A taxa bruta de mortalidade observada para as doenças hipertensivas no gráfico 2 mostra que em 1998 e 2000 o município de Queimados apresentava a maior taxa de mortalidade para essa enfermidade (0,55 e 0,54), seguido por Nilópolis e Magé, com 0,47 e 0,31 e 0,45 e 0,26, respectivamente. Em 2002 observa-se que o município de Magé passa a apresentar a maior taxa de mortalidade para essa enfermidade (0,56 óbitos), com Nilópolis em segundo lugar (0,41) e Guapimirim em terceiro (0,40). Magé também apresenta, como já observado, a maior taxa de pessoas cadastradas e acompanhadas para essa enfermidade para o ano de 2002, e Guapimirim é o município com as segundas maiores taxas de cadastro e acompanhamento de pessoas enfermas.

A tuberculose é a enfermidade que apresenta a menor taxa de cadastros entre as três enfermidades. O município com a maior taxa de pessoas cadastradas em 2002 é Japeri, com 3,8 pessoas em mil, e a menor taxa pertence a Nova Iguaçu, com 0,2 pessoas cadastradas. Os municípios que não apresentam todos os casos cadastrados efetivamente acompanhados são Belford Roxo, Japeri, Magé e Nilópolis.

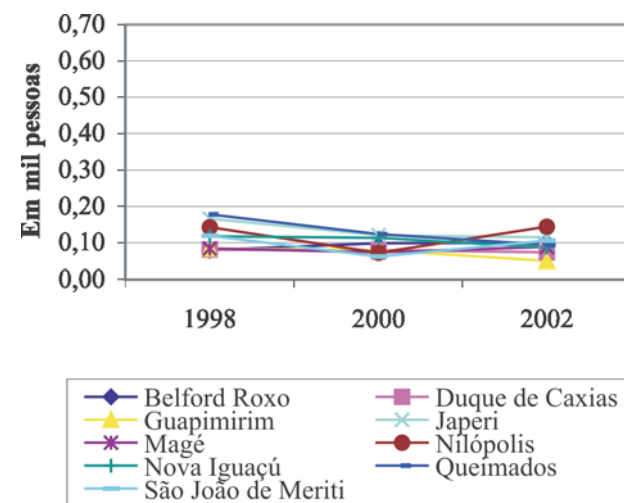
Tabela 3: Taxa de pessoas com tuberculose cadastradas e acompanhadas por municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002

Municípios	Cadastrados			Acompanhados		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002
Belford Roxo	-	0,8	1,1	-	0,8	1,0
Duque de Caxias	0,3	0,4	1,1	0,3	0,3	1,1
Guapimirim	-	1,3	0,4	-	0,7	0,4
Japeri	-	0,4	3,8	-	0,3	3,0
Magé	-	-	2,3	-	-	1,9
Nilópolis	-	0,4	0,7	-	0,4	0,3
Nova Iguaçu	-	0,2	0,2	-	0,2	0,2
Queimados	-	0,2	0,9	-	0,2	0,9
São João de Meriti	0,0	0,4	0,7	0,0	0,4	0,7

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

A tuberculose apresenta a menor taxa bruta de mortalidade entre as três enfermidades, assim como as menores taxas de cadastro e acompanhamento de pessoas enfermas. Além disso, observa-se uma tendência de diminuição dessa taxa para os três anos observados.

Gráfico 3: Taxa bruta de mortalidade por tuberculose para os municípios da Baixada Fluminense, 1998, 2000 e 2002



Fonte: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB).

Considerações finais

As taxas de mortalidade, assim como as de cadastro observadas nas enfermidades aqui analisadas para a Baixada Fluminense, configuram um padrão de morbimortalidade condizentes com o atual cenário brasileiro, com predominância das enfermidades crônico-degenerativas e diminuição das enfermidades infecciosas e parasitárias.

O aumento do número de pessoas cadastradas de 2000 para 2002 para as três enfermidades mostra que o PSF tem procurado abranger de forma efetiva a população dos municípios pertencentes à Baixada Fluminense, porém o aumento da mortalidade para diabetes *mellitus* e doenças hipertensivas não significa que o programa ainda não tenha sido capaz de prevenir o aparecimento de novos casos e o controle do avanço naqueles que já desenvolveram essas enfermidades. No entanto, ele pode ser um resultado de que medidas necessárias para o controle dessas enfermidades, como dieta adequada e realização de atividades físicas, não estejam sendo rigorosamente seguidas pelos usuários do programa (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

As taxas observadas para tuberculose não significam que o programa tenha levado a uma queda dos casos da doença, mas que o número de casos já era baixo e que o programa tem sido um auxílio na permanência dessas taxas em níveis menos elevados.

Torna-se necessária uma avaliação mais sistemática da atuação do PSF junto à população da Baixada Fluminense, bem como da evolução da mortalidade pelas causas de óbito registradas e acompanhadas pelo PSF.

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. /DATASUS. Sistema de Informação e Atenção Básica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em jun. 2006.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 203-211, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Centros de Testagem e Aconselhamento do Rio de Janeiro: transitando pela gestão em rede

SONIA BATISTA
MARGARETE FERREIRA
SANDRA FILGUEIRAS
ALEXANDRE CHIEPPE
CARLA ARAUJO

O Estado do Rio de Janeiro tem 14 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) distribuídos em nove municípios. Esse serviço público de saúde facilita o acesso da população ao diagnóstico sorológico do HIV e às informações sobre DST/Aids, por intermédio do aconselhamento pré e pós-teste. Essa estratégia possibilita aos usuários reflexões sobre seus riscos e vulnerabilidades, a discussão de medidas preventivas viáveis e o referenciando para o tratamento especializado e grupos de apoio. Atualmente, alguns CTA também oferecem exames para sífilis e hepatites B e C. A gestão desses serviços tem-se desenvolvido através de diferentes iniciativas, entre elas, o Encontro Anual dos CTA do RJ, que fortalece a construção de um canal de comunicação entre as equipes das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde (Programas de DST/Aids), os técnicos dos CTA e a sociedade civil.

Desde 1995, o CTA do Hospital Escola São Francisco de Assis/UFRJ e o Programa Estadual de DST/Aids/SES/RJ têm liderado a organização desses encontros, objetivando a atualização e a troca de experiências entre os aconselhadores, a discussão sobre as dificuldades enfrentadas na rotina dos serviços e as alternativas de solução. O processo de organização do evento é coletivo e a programação é definida pelo conjunto de atores envolvidos no processo. O Programa Nacional de DST/Aids-MS tem participado dos eventos e desde 2004 representantes de organizações da sociedade civil estimulam o controle social desses serviços do SUS.

Como parte da metodologia descritiva, recorreremos aos relatórios concebidos. Entre as temáticas discutidas destacamos: o longo tempo de espera pelos resultados dos exames, número reduzido de aconselhadores, carência de suporte dos Programas Municipais de DST/Aids, necessidade de implantação dessa estratégia na rede básica de saúde, atendimento a menores de 18 anos e critérios para o uso dos testes rápidos. Como resultado desses encontros, foram implementadas diferentes ações, como: supervisões periódicas pelo Programa Estadual de DST/Aids, reuniões trimestrais entre os CTA e os Programas Municipais de DST/Aids, acompanhamento dos CTA pela sociedade civil organizada, confecção de fôlderes para divulgação dos serviços, realização de cursos de capacitação de aconselhamento para profissionais da atenção básica, criação de grupo de trabalho permanente com representação dos diversos atores e a disponibilização do teste rápido como diagnóstico.

A realização anual desses encontros, há mais de uma década, é uma experiência pioneira no país, seguida por outros estados. A constituição dessa rede tem favorecido a manutenção do padrão de qualidade das rotinas previstas para os serviços, possibilitando a problematização, o aprofundamento do debate e a busca de respostas coletivas para questões de ordem ética, técnica e de infra-estrutura, visando à integralidade nas ações de saúde. Contribui, assim, para a democratização das informações, fortalecimento das equipes e das parcerias com a sociedade civil, qualificando mais os CTA para sua missão junto aos usuários do SUS.

ENSINO

A experiência de residentes em saúde da família no enfoque integral da população adscrita ao PSF Sereno

HUGO BRAZ MARQUES
JUBEMAR DE MEDEIROS
JUREMA FREITAS WARDINE
LUDMILA ROBERTO MORAES

Introdução

Em 1994, como parte do processo de reforma incremental do sistema de saúde, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), concebida através de uma visão ampliada do processo saúde-doença, de modo a ultrapassar o modelo tradicional hospitalocêntrico, individualizante e curativo.

A Escola Nacional de Saúde Pública inaugurou em 2005 o curso de Especialização em Saúde da Família, nos moldes da residência, pelo qual inseriu profissionais de distintas categorias, em equipes já existentes na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

O propósito deste trabalho é apresentar as experiências vivenciadas e os desafios que se apresentaram para a equipe de residentes multiprofissionais, constituída por um enfermeiro, uma dentista, uma assistente social e um nutricionista, agregados ao módulo do PSF Sereno desde abril de 2005. Os serviços do módulo são prestados a quatro comunidades pertencentes ao Complexo do Caricó: Sereno, Paz, Fé e parte da Caixa D'Água.

Experiências e desafios

As atividades iniciais dos residentes compreenderam o processo de reconhecimento do território, de levantamento das necessidades da população adscrita e de criação de vínculo com a comunidade. Para tanto, foram realizadas entrevistas com moradores e observações participantes no processo de trabalho das duas equipes existen-

tes na unidade. Isso permitiu o conhecimento de eventos e características históricas, geográficas, ambientais, sociais, econômicas e culturais, bem como o esclarecimento acerca da organização do processo de trabalho e da comunicação das equipes com as comunidades, os equipamentos sociais e a rede de saúde. Posteriormente, efetuou-se a complementação do diagnóstico do território através da consulta de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Segundo Mattos (2004), a adoção da postura de integralidade por parte dos profissionais de saúde pressupõe a apreensão ampliada das necessidades de ações e serviços de saúde, para que os sujeitos não sejam reduzidos às suas patologias, mas analisados por seus modos de andar a vida. Para promover a qualidade de vida, é fundamental conhecer o contexto em que os sujeitos se inserem, onde constituem seus grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação e onde expressam seus saberes, cultura, concepções sobre saúde e doença, família e sociedade (CAMPOS, 2003).

Perpassando o levantamento de necessidades sociais e de saúde da população, o primeiro desafio correspondeu à definição do papel dos residentes na ESF, em especial dos profissionais que não pertencem à equipe básica. Houve manifestações fortes de demandas da comunidade e das equipes por atendimentos individuais das distintas categorias profissionais. Assim, concomitantemente, atividades individuais e coletivas começaram a ser desenvolvidas, com o acompanhamento dos preceptores de território e equipe. Contudo, ao se ponderar sobre a delimitação do tempo de atuação dos residentes no território e a impossibilidade de acompanhamento longitudinal específico dos indivíduos e famílias, as ações de prevenção e promoção passaram a ganhar mais destaque. A mudança no processo de trabalho foi mais evidente para o nutricionista e a assistente social, que, com o término do curso, não terão assegurada a continuidade de suas intervenções específicas.

Emergiram então as visitas domiciliares, conduzidas por um ou mais residentes, acompanhados por agentes comunitários de saúde ou por membros da equipe técnica. Através delas tem-se procurado uma atenção totalizadora, que englobe dimensões biológicas, sociais e econômicas.

Diante da complexidade de inserção social de cada família, em muitas situações nos deparamos com questões de determinação múltipla, requerendo a visão da multicausalidade. Certas vezes, guiado por visitas domiciliares a que se creditava inicialmente a finalidade de uma abordagem específica, o residente acaba reconhecendo que a real necessidade do usuário ou de sua família nem sempre consistiria na intervenção por seu conhecimento ou habilidade na formação acadêmica. Com vistas à prática da integralidade, os profissionais precisam exercitar a busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas dos sujeitos (MATTOS, 2004), que podem revelar que aquele sofrimento manifesto primeiramente não se tratava de uma prioridade para os mesmos, mas apenas uma estratégia de vínculo e busca por acolhimento do profissional de saúde. Nas visitas domiciliares, há a busca incessante por refinamento da qualidade da relação dialógica do profissional com o usuário, a fim de que estes evoquem suas reais necessidades, expectativas ou temores.

Articulações em torno da cidadania, educação, trabalho, lazer e moradia acabam sendo trabalhadas nas visitas domiciliares, independentemente da formação acadêmica do residente. A integração de ações preventivas, promocionais e assistenciais, com o trabalho interdisciplinar, vem possibilitando uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e a percepção em torno das intervenções mais efetivas. Além disso, aprendizados coletivos entre os residentes os transformam em multiplicadores de conhecimentos específicos de cada um, em momentos subsequentes.

Um desdobramento da atuação dos residentes foi o incentivo à adoção do prontuário familiar, encaminhado a cada profissional de saúde nos momentos de consultas no módulo, com a intenção de instigar a centralidade na família e a consideração da integralidade dos sujeitos. Para Alves (2004), racionalidades hegemônicas reducionistas e fragmentadas, que consideram a objetivação dos sujeitos e a intervenção curativa, precisam ser rompidas para o alcance da integralidade.

Dentre as atividades educativas em saúde, os residentes contribuíram para o planejamento e a realização do grupo de gestantes, após visitas à Casa de Parto. Através das práticas educativas, possibilita-se a troca de vivências e ansiedades das gestantes em torno do aleitamento materno, vínculo, gênero, sexualidade, planejamento familiar,

cuidados com a higiene do bebê, direitos, saúde bucal, alimentação e nutrição, entre outros assuntos suscitados pelas próprias participantes. A preponderância de fatores positivos na condução do grupo de gestantes estimulou o grupo a ter como projeto de conclusão do curso a busca pelo cumprimento dos passos para credenciamento do módulo como Unidade Básica Amiga da Amamentação.

Além disso, os residentes colaboram pontualmente na realização de oficinas específicas, na complementação de grupos já conduzidos pelas equipes ou quando convocados através dos equipamentos sociais do território, lançando mão de estratégias que primem por tornar os usuários e as famílias críticos e autônomos em suas práticas de vida, para que possam fazer livremente suas escolhas mediante as discussões levantadas.

A mobilização das equipes quanto ao monitoramento de condicionalidades do programa de distribuição de renda Bolsa Família vem sendo facilitada por residentes. As condições referem-se ao diagnóstico nutricional e à verificação da imunização de crianças, bem como à realização do pré-natal em gestantes.

Considerando-se a baixa atração dos adolescentes na atenção básica à saúde e na ESF, residentes contribuíram na redação de um projeto com objetivo de adicionalmente demovê-los da inserção precoce e tortuosa no mercado de trabalho. Questionários para levantamento de necessidades e interesses do público-alvo já vêm sendo aplicados nas quatro comunidades. A intenção de captar o grupo que costuma estar descoberto pela saúde básica também foi pensada, com a finalidade de considerar de modo mais integral a evolução dos diversos ciclos de vida.

Campos (2003) acredita que outro empenho para a integralidade compreende o estabelecimento de ações intersetoriais para a solução dos problemas de saúde, sendo que estes devem ser oriundos de discussões comunitárias, das quais as prioridades possam se transformar em pautas promotoras de saúde. Como as histórias das comunidades obtidas no diagnóstico inicial mostraram que melhorias nas suas condições de vida foram conseguidas através da mobilização popular, acreditamos que, ao tentarmos nos qualificar politicamente junto aos moradores das comunidades, podemos facilitar articulações com outros setores, que contribuam para a resolução de questões que trans-

cedam as limitações do setor saúde. Cabe lembrar que, mediante o levantamento inicial de necessidades sobre o território, os residentes contribuíram para que uma das equipes realizasse um Comitê Gestor Local, contando com a presença majoritária de moradores, representantes das Associações de Moradores das quatro comunidades, o presidente do Conselho Distrital, profissionais do PSF, membros do Grupo de Apoio Técnico e demais equipamentos sociais.

Os residentes reafirmam as tentativas bem-sucedidas das equipes do PSF Sereno em articular parcerias com os setores de Educação, Assistência Social e Ambiente, para a construção compartilhada de alternativas para atenuar a vulnerabilidade social das famílias. Dentre essas alternativas, destacam-se: matrícula em estabelecimentos de ensino; a solicitação de materiais de construção, em casos de precariedade das habitações; reivindicação por limpeza urbana, controle de vetores e da qualidade da água; promoção da saúde integral de alunos de creches ou participantes de projetos sociais; realização de feiras de saúde e cidadania, com o apoio de diversos parceiros; incentivo para criação de estratégias de geração de renda; e atuação como facilitadores de capacitações sobre trabalho em equipe e boas práticas de fabricação a uma cooperativa formada para a produção de alimentos.

Considerações finais

Apesar de o trabalho em equipe veicular o desafio da expressão das individualidades de cada profissional contraposta à busca pelo consenso no grupo, constantemente é reforçada a noção de complementaridade entre todos, inclusive os residentes. Assim sendo, além de partilharem importante experiência de formação em serviço, com aprendizagem diária sobre interdisciplinaridade e abordagem integral das condições sociais e de saúde das famílias, os residentes trazem contribuições mediadas por reflexões teóricas sobre fatos referentes ao processo de trabalho, educação em saúde, cuidado coletivo, familiar e individual.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set 2004-fev. 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

Refletindo a formação e as práticas de saúde do idoso no Programa de Saúde da Família

ANA MARIA PEREIRA DE ARAÚJO BRASÍLIO¹
MÁRCIA GAMEIRO¹

*Mas há a vida
que é para ser
intensamente vivida,
há o amor.
Que tem que ser vivido
até a última gota.
Sem nenhum medo.
Não mata.*
Clarice Lispector

A FESO, através da Universidade da Terceira Idade (UNIVERTI), desenvolve projeto de extensão integrando ensino/serviço/comunidade no município de Teresópolis, Rio de Janeiro. O projeto, que existe há dez anos, tem por finalidade lutar contra preconceitos, promover a auto-estima e práticas e ações para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Este trabalho se propõe a refletir sobre as práticas de saúde do idoso, no módulo de especialização em PSF, que possui uma concepção didático-pedagógica promotora da ligação entre teoria e prática. O compromisso é formar profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a transformação social, inseridos nos projetos e serviços ligados à comunidade, num processo de construção do conhecimento. Oportunizam-se encontros que, fora de uma ótica classificatória, possibilitam lidar com a experiência a partir de sua diversidade.

¹ Psicólogas e sanitaristas da turma de especialização em Saúde da Família da FESO, 2005.

Através de metodologias de ensino problematizadoras da realidade, reconstruímos o entendimento da velhice e suas complexidades, assim como o processo de produção de conhecimento, agora não mais centrado na figura de um professor, detentor de um saber, mas centrado no estudante, o qual assume responsabilidade no processo de ensino-aprendizagem. No agenciamento professor-aluno, ambos se redesenham e são sujeitos, na medida em que o professor que faz, responde e reproduz cede lugar àquele que instiga, promove e constrói junto o saber.

Para quem estuda o envelhecimento, hoje, não basta pensar em quantidade de anos vividos e categorizar esses indivíduos como idosos, velhos ou ainda terceira idade. Longe de uma lógica simplista de fases previamente marcadas, medidas e definidas, típicas de um entendimento cartesiano de mundo, o envelhecimento é um processo e como tal ocorre em diferentes ritmos e intensidades. Esse processo, embora inerente a todo ser humano, não ocorre de forma semelhante e estática nos sujeitos. Não é simplesmente a passagem dos anos que caracteriza a entrada na velhice.

O processo de envelhecimento é produzido no atravessamento de forças biológicas, psíquicas, crenças, mitos e mídias, próprios de um tempo determinado e que se constituem como analisador de uma cultura. Entendemos “analisador”, segundo Lourau (1986), como aquele que provoca ao máximo a “verdade” da situação, fornecendo informações sobre as implicações que estão em jogo e sobre os modos de subjetivar, ou de existir, que estão se construindo em determinado tempo histórico. Ao analisar a velhice, lançamos luz nos estudos da subjetividade, propondo-nos entendê-la como produção.

A subjetividade não é fabricada apenas através das fases psicogenéticas da psicanálise ou nos matemas do inconsciente, mas também nas grandes máquinas sociais, *mass*-mediáticas, linguísticas, que não podem ser qualificadas de humanas (GUATTARI, 1992, p. 20).

Apesar de termos um entendimento de velhice, da juventude e da infância como algo natural, que se constitui sempre de um mesmo jeito pelas épocas, as ditas “fases”, fora de um olhar naturalizado, devem ser entendidas como imanentes de uma época.

A idade cronológica é percebida como um dado importante para se dizer que alguém está envelhecendo, mas não é fator determinante,

pois condições específicas de cada um, hábitos e estilos de vida, assim como ambiente, são fatores que influenciam o estado geral dos sujeitos. No curso da vida, a velhice é então concebida como período onde se cruzam e se afetam fenômenos biopsicossociais-ambientais.

Ao problematizarmos o envelhecimento, todos os fatores devem ser levados em conta, tanto aqueles ditos “positivos” quanto os “negativos”. Se de fato o corpo está mais cansado e as rugas na face mais profundas, também o tempo passa a ter uma nova dimensão, com percepções muito mais aguçadas, com refinamento de detalhes e valorização de fatos até então corriqueiros. É como se pudéssemos, ou permitíssemos, saborear a própria vida, afirmando o próprio viver.

Com o advento da Gerontologia como campo do saber sobre a velhice, muito foi acrescentado das disciplinas sociais ao saber biomédico. De uma maneira multidisciplinar, o enfoque sobre envelhecimento está sendo modificado, porém cabe a nós, profissionais de saúde, conjugar o saber popular com o da ciência, utilizando as teorias/práticas em prol da qualidade de vida dos sujeitos.

Marcel Proust (*apud* Foucault, 1979) comparava os livros aos óculos, que, dirigidos para fora, deveriam ser utilizados enquanto nos servem; caso não se prestassem mais a este fim, deveríamos conseguir outros. Acreditamos que teorias e práticas sobre envelhecimento seguem esse mesmo entendimento: como os livros para Proust, devemos utilizá-las como instrumentos até seu fim, reinventando na dinâmica da realidade outras formas de pensar-fazer.

A população idosa tem participado do mercado consumidor, seja através do consumo de novos fármacos ou cosméticos, seja pela participação em grupos de convivência, constituindo segmento bastante atrativo. Para esse tipo de consumidor, diversas mídias desfilam seus produtos, que, longe das altas taxas de desemprego, aquecem também a economia do país.

Outro fenômeno atual a ser destacado é que para muitas famílias o idoso é atualmente um “suporte” financeiro, pois com as dificuldades de inserção e recolocação no mercado de trabalho para os mais jovens e para aqueles acima dos 35 anos, respectivamente, as aposentadorias garantem a sobrevivência da família.

Vale lembrar que, segundo estudo da Ideainvest (2003) sobre o perfil do aluno típico do ensino superior privado, em algum momen-

to do curso superior serão os pais ou os avós que assumirão os custos das mensalidades ou da matrícula do aluno. O exemplo serve para problematizar tanto a posição do idoso na economia, quanto as dificuldades do jovem em tornar-se economicamente ativo.

As expectativas demográficas apontam que o Brasil será um dos mais populosos países em número de velhos. Estima-se que no ano 2025 a população de idosos aumentará para 30%, o que representará 25% da população de adultos. Falar atualmente de idosos, ou seja, estudar o envelhecimento, está na moda. O processo de envelhecimento é tema recorrente na academia e há uma preocupação multidisciplinar nesse campo de estudo na sociedade em geral.

As idéias preconcebidas estão sendo revistas. A paisagem social e cultural está mudando e com isso desenha-se uma velhice que, longe das associações com decadência ou com decrepitude, são vistas como potencialidade. Potência no sentido de se perceber com possibilidades.

Conviver com o corpo que envelhece, fazer dele uma oportunidade (DEMO, 2003) para se reinventar, reconstruir, é o desafio que está posto. Segundo Giddens (1991), desconstruir o evolucionismo social significa aceitar que a história não pode ser vista como unidade, ou como refletindo certos princípios unificadores de organização e transformação.

Se a história não pode ser vista do ponto único evolucionista, a vida humana não deve ser entendida como uma evolução etária única, uma vez que é nas idas e vindas dos tempos, nas construções e reconstruções de conceitos, que podemos reinventar nossa trajetória. Uma reinvenção diária, não aprisionada aos ditames da moda, as serializações de corpos e subjetividades que afirmem as singularidades dos sujeitos, sejam eles jovens ou velhos. Singularidade que, segundo Guatarri e Rolnik (1986), é tudo aquilo que é do domínio da ruptura, da surpresa, da criação, nos permitindo caminhar e intervir nas fissuras das modelizações e fazendo da vida e da velhice cotidianamente uma obra de arte.

Assim também a formação deve produzir mudanças tanto no processo ensino-aprendizagem quanto nas intervenções dos profissionais de saúde, como nos diz Merhy (2002), numa relação em que todos os recursos possam ser usados, desde que valorizem a riqueza humana, qualidades, compromissos e responsabilidades. Num processo de

(re)invenção da saúde, da existência; onde caibam o espanto, o estranhamento, a indignação, afirmando as experiências, não para serem apenas colocadas num museu, sem vida nem suor, mas para serem praticadas na fricção da vida e no entusiasmo de quem está vivo.

A experiência com o módulo de saúde do idoso afirmou nossa implicação como construtores da saúde envolvidos na integralidade da vida, onde o cuidado surge como ação inovadora capaz de gerar práticas eficazes (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI. 2005).

Referências

- DEMO, P. *A pobreza da pobreza*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.
- GUATARRI, F. Da produção de subjetividade. In: *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: 34, 1992.
- GUATARRI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MERHY E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- IDEALINVEST. Fórum: Crédito estudantil: caminho para o desenvolvimento. *Mercado da Educação no Brasil: cenários e previsões*. São Paulo, 2003.
- LOURAU, R. Segundo encontro. In: *Análise institucional: práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PRADO, S. D. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517. Acesso em ago. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Proposta de capacitação em saúde do Idoso* <http://www.saude.gov.br/programas/idoso/proposta.htm>. Acesso em ago. 2006.

Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em debate

ALEXANDRE DE SOUZA RAMOS¹

Saúde como direito de cidadania e um sistema de saúde (o SUS) de cunho marcadamente social foram as conquistas do povo brasileiro na Constituição de 1986.

Um processo modernizador e democratizante de transformação da saúde nos âmbitos político-operativos, que compreende a saúde como um direito universal suportado por um sistema nacional, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema – assim pode ser traduzida a Reforma Sanitária brasileira.

A reorganização do modelo de atenção e da formação em saúde fora levado à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e traduzida na Assembléia Constituinte, no capítulo da Saúde na Constituição Federal (1988), Art. 196 a 200, e posteriormente apresentado nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90).

O setor saúde e toda assistência prestada, que estavam orientados por políticas econômicas e de reformas macroestruturais, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assumem um novo rumo, baseado em princípios ideológicos fundadores (universalidade, equidade e integralidade), que vêm proporcionar novas articulações tecnológicas, não só às ações, como a toda rede de saúde constituída.

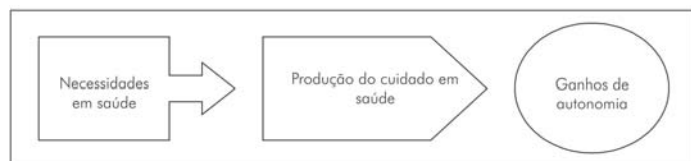
¹ Enfermeiro, Residente em Saúde Coletiva, Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, Universidade Federal de Sergipe (UFS).
Endereço eletrônico: alexandreupe@yahoo.com.br

Campos (1991), desde o início da década de 90, já afirmava que o sucesso da Reforma Sanitária brasileira era fato condicionado à política, e que competia ao Estado a gestão das políticas públicas, sua ordenação enquanto proposta a ser efetivada para um novo modo de vida e de atenção à saúde.

Sendo assim, a gestão do SUS é um instrumento estratégico, segundo Merhy (1992), quando se propõe a compreender formação da saúde pública como política governamental e toma como centro a dimensão assistencial, sem desconsiderar a dimensão tecnológica. Esclarece, ainda, que é através da primeira que se podem captar as questões referentes à forma de organização da produção dos serviços e à sua concretização enquanto instituições específicas.

A experiência de Aracaju mostra como é possível materializar o SUS e ainda traduz realmente o significado da expressão em “Defesa da Vida”

Em Aracaju/SE, em 2001, com o início do governo democrático e popular sob a liderança do prefeito Marcelo Déda Chagas, do Partido dos Trabalhadores, tendo à frente da Secretaria Municipal de Saúde o médico sanitarista Rogério Carvalho Santos, vem a incumbência de implementar o SUS em sua radical essência universalista, equânime e integral, sob o efetivo controle social, através da implantação do modelo tecnoassistencial intitulado “Saúde Todo Dia”. Este pode ser caracterizado pela organização e produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área de saúde e projetos de construção de ações sociais específicas, expressas como políticas que asseguram sua reprodução social, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, tendo como objeto central para essa ação as necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos.



Fonte: Memorial Saúde Todo Dia; Secretaria Municipal de Saúde, set. 2003.

O trabalho em saúde se materializa através do processo de produção de relações entre os cuidadores e o usuário final, que, com suas necessi-

dades particulares de saúde, dá aos profissionais a oportunidade de tornar públicas suas distintas intencionalidades no cuidado da saúde, tornando-se responsáveis pelos resultados da ação cuidadora. Todos os trabalhadores de saúde de alguma maneira são cuidadores e desenvolvem essa tecnologia de construção de vínculos, de oferecer ao usuário em alguma medida os cuidados e a atenção de que ele necessita.

Entende-se assim o trabalho em saúde como o encontro entre usuário e trabalhador, onde há o reconhecimento pelo trabalhador das necessidades dos usuários como direito de cidadania. A natureza do encontro/intercessão, do usuário que tem necessidades, de um lado, e trabalhador que reconhece essas necessidades, de outro, caracteriza-se o processo onde há, de forma reiterada, acolhimento de necessidades, compreensão e significação dessas necessidades a partir dos saberes da saúde que vão permitir ao profissional produzir intervenções continuadas (vínculo) e co-responsabilização pelo resultado dessas intervenções. Isso pode ser traduzido pela articulação entre a teoria e a política do Projeto Saúde Todo Dia, representando também seus eixos norteadores, desenvolvidos quando da implementação enquanto modelo tecnoassistencial.

TEORIA	POLÍTICA
Acesso	Investimentos na Rede Assistencial para ampliação de oferta. Investimento em controle social, com a constituição de Conselhos Locais de Saúde e pactuação na Conferência Municipal da política a ser implementada.
Acolhimento	Capacitação dos profissionais, para qualificar as necessidades a partir da manifestação de sua dimensão ponderável e imponderável. Espaço com conforto físico e estético. Organização da agenda com ofertas programadas e espaço para atender às necessidades não-programáveis. Todos os serviços devem ser capazes de fazer a inclusão do usuário na oferta mais adequada.
Compreensão/Significação/Intervenção	Desenvolvimento de pessoal com capacitação para mudança do paradigma das profissões de saúde. Identificação de grupos e condições de risco. Programas e protocolos para cada tipo de risco com organização de linhas de cuidado específicas. Projeto terapêutico singulares, ou seja, oferecido para as situações específicas de cada usuário.
Vinculação Responsabilização	Adscrição de clientela às equipes. Gestão Plena do Sistema com desenvolvimento de instrumentos de gestão eficazes. Complexo regulatório/ sistema responsável com capacidade de gerenciar todos os recursos disponíveis e garantir acesso mediante necessidade, promovendo equidade.
Resolutividade	Complementaridade das ações, redes com interação lateral. Adensamento tecnológico para otimização dos recursos existentes, não-competitividade da rede prestadora, incentivo ao desenvolvimento da vocação dos serviços com vistas a excelência. Linhas de Produção do Cuidado – linhas imaginárias e dependentes de cada usuário. Universal, porque permite que qualquer problema seja abordado. Organização dos recursos existentes em matriz produtiva que inclui os usuários, a partir de suas necessidades e não o contrário.

Fonte: Rogério Carvalho Santos, Painel “Construção da Equidade: desafios contemporâneos do SUS”, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Brasília/DF, 2 de agosto de 2003.

Entretanto, um dos pontos de estrangulamento da saúde identificados em Aracaju foi a insuficiência de quadros com formação na área da Saúde Coletiva para assumir a implantação do projeto em vários níveis do sistema. Associada a essa necessidade, existe uma demanda originária do movimento estudantil de medicina, por um espaço de pós-graduação, sob a forma de residência na área da Saúde Coletiva, onde pudessem ser vivenciadas experiências de implantação do SUS. Inclui-se na proposta pedagógica a experiência de processos de trabalho multiprofissionais e interdisciplinares, determinantes concretos para o coletivo dirigente municipal, optar por materializar um processo de formação que respondesse a essas necessidades.

O desafio da formação profissional para a saúde busca estratégias capazes de acompanhar os avanços dos saberes tecnológicos, da legislação e das experiências municipais e estaduais que têm contribuído para implantação e consolidação do SUS.

A X Conferência Nacional de Saúde (1996) e a XI Conferência Nacional de Saúde (2000) contribuíram para a produção de um documento referencial de princípios e diretrizes para a política de recursos humanos para a área da saúde, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/RH (2002). Na XII Conferência Nacional de Saúde (2003), essa Norma permitiu indicar que a formulação de uma política de formação para os profissionais de saúde deveria ser desenvolvida através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), com financiamento público e a participação do controle social, para constituir em nível estadual e nacional um sistema coordenado pelo SUS responsável pela distribuição de bolsas e programas de residência, segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios, apresentando uma proposta de destinação de vagas de acordo com as necessidades de saúde da população e critérios epidemiológicos.

Passados os primeiros dois anos de gestão em Aracaju, obtida a condição de Gestor Pleno do Sistema, já determinadas suas redes assistenciais – 1) Rede de Atenção à Saúde Família; 2) Rede de Atenção Psicossocial; 3) Rede de Urgência e Emergência; 4) Rede de

Atenção Especializada; 5) Rede de Média e Alta Complexidade Hospitalar –, observando-se a conjuntura do cenário nacional, o município torna-se verdadeiramente um lócus singular para a formação de novos trabalhadores para o SUS.

E nessa condição ele organiza, através de seu Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), um espaço de pós-graduação sob a forma de Residência na área da Saúde Coletiva, onde se poderia vivenciar a experiência de implementação do SUS, incluindo em sua proposta pedagógica processos de trabalho multiprofissionais e interdisciplinares.

O projeto político pedagógico tem por objetivo formar sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de determinada população, com habilidades, conhecimentos e atitudes para elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia, apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente. As 25 vagas do programa foram ocupadas, entendendo especificidades de campo e núcleo, pelas profissões: enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social.

A pedagogia do fator de exposição e o território de aprendizagem para residentes – problematizando uma trama chamada “Saúde Todo Dia”

Uma rede é uma trama, e na saúde essa trama é constituída por equipamentos assistenciais ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes.

A articulação entre as diversas redes assistenciais é representada pela existência de linhas de produção do cuidado. As linhas de cuidado representam o caminho virtual realizado por um usuário entre a identificação de uma necessidade até o acesso ao conjunto de intervenções disponíveis para reconstituir sua autonomia conforma uma linha de cuidado singular. O método pedagógico fundamenta-se na exposição dos educandos às necessidades de saúde dos usuários que acessam os serviços da rede municipal, bem como a compreensão do objeto de intervenção de cada equipamento que compõe a rede.

Os educadores e o processo de trabalho são os mediadores; assim, os momentos de teorização, as Unidades de Produção Pedagógica (necessidades de saúde, sujeito e saúde, trabalho em saúde, território e espaços de produção social, construção das linhas de cuidado, cuidado individual e coletivo, coletivos em gestão, a organização dos serviços de saúde para a produção da integralidade do cuidado: serviços de saúde, estabelecimentos e equipamentos assistenciais, educação permanente, planejamento e gestão, epidemiologia e ciências sociais), educação viva em ato, buscam como produto final construir habilidades e competências, com agregação de novos saberes à sua caixa de ferramentas. Permite-se assim ao educando ampliar as possibilidades de intervenção no campo da Saúde Coletiva, com consciência ética da intencionalidade das ações e capacidade de leitura crítica das práticas sociais.

A estrutura de organização para os territórios de exposição como espaços pedagógicos permanentes, onde ação/intervenção surge como resposta às necessidades de saúde, objeto de reflexão e estímulo à construção e operação de saberes, está distribuída no quadro abaixo:

Território de Exposição	Duração (horas)
Unidade Básica de Saúde - Cuidado	1.408
Gestão da Atenção Básica	528
Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação - NUCAAR	528
Vigilância à Saúde e Sistema de Informação	528
Gestão do Sistema de Saúde	352
Estágio Optativo	528
Total	3.872

Fonte: PPP Especialização Integrada em Saúde Coletiva, Aracaju, 2005.

O resultado de um processo em ação é sempre uma reação de mesma intensidade, mas não necessariamente em sentido contrário. Caminbemos na luta pelo SUS e na Defesa da Vida!

A metodologia problematizadora e participativa considera os saberes acumulados pelo residente, articulando teoria e prática. A avaliação do processo de formação é contínua e o residente tem o papel ativo no planejamento e gestão do modelo pedagógico.

Neste sentido, o processo pedagógico é então produtor de sujeitos e garante a vinculação, responsabilização e compromisso do residente nos diversos espaços de sua inserção, para preparar o residen-

te para a construção da própria autonomia e dar continuidade ao seu processo de formação, sendo capaz de identificar e buscar os saberes a serem agregados mediante situações-problemas da realidade.

O desafio se concretiza verdadeiramente no sentido de continuar construindo espaços que permitam aos educandos o encontro e a descoberta de suas singularidades, e que estes se somem à luta cotidiana pela vida, lembrando Davi Capistrano, *nosso débito é grande com os desassistidos deste país, e eles têm pressa!*

Referências

- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Memorial do Projeto Saúde Todo Dia*. Aracaju: SMS, 2003.
- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação Permanente na Saúde. *Projeto Político Pedagógico: Especialização Integrada em Saúde Coletiva*. Aracaju: SMS, 2004.
- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação Permanente na Saúde. *Projeto Político Pedagógico: Especialização Integrada em Saúde Coletiva - Modalidade Residência*. Aracaju: SMS, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. um estudo sobre formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

Acolhimento em grupo: um dispositivo de participação a caminho da integralidade

CAROLINE CASTANHO DUARTE
MARIANA P. RUWER DE AZAMBUJA
FABIANE MINOZZO
CINARA DEBASTIANI
ANA CELINA DE SOUZA

Este trabalho relata uma experiência iniciada no ano de 2005, na Unidade Básica de Saúde (UBS) VI, do Centro de Saúde-Escola Murialdo em Porto Alegre-RS, por uma equipe multiprofissional de residentes da ênfase *Atenção Básica em Saúde Coletiva* da Residência Integrada em Saúde, desenvolvida pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP/RS).

A UBS VI, onde se desenvolve a experiência do acolhimento em grupo, situa-se na Vila São Miguel do bairro Partenon e é, de acordo com o último censo do IBGE (2000), responsável por 11.491 pessoas, número que está sempre a aumentar devido à constante ocupação das áreas verdes que delimitam o território. Sua pequena estrutura física abriga o trabalho de 35 profissionais (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas, odontólogos, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, acadêmicos de medicina, vigilante, auxiliar administrativo e auxiliar de higiene) que se revezam numa apertada escala de dias e horários durante a semana. A equipe multiprofissional é formada por trabalhadores fixados na unidade (responsáveis diretamente pela assistência), preceptores e residentes de primeiro, segundo e terceiro ano do curso.

As residências multiprofissionais têm condições de apresentar aos serviços de saúde uma potencialidade de renovação de suas práticas, devido à constante oxigenação de sua equipe, pois, todo ano, a cada turma de residentes novos projetos e olhares são discutidos e muitas vezes passam a compor o processo de trabalho. Na UBS VI, em 2005,

a partir do processo de territorialização¹ e da experimentação do trabalho no serviço, uma equipe de residentes pode materializar essa potencialidade, ao tomar como principal preocupação a reorganização dos fluxos e práticas ofertadas a partir do *acolhimento* enquanto diretriz.

Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2005), o acolhimento pode ser entendido como um dos conceitos que se articula ao princípio da integralidade (em toda sua polissemia) e que facilita a tradução desse princípio na prática. Os autores dizem que

[...] podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como *postura*, como *técnica* e como *princípio de reorientação* de serviços. Como *postura* [...] pressupõe a atitude, por parte dos profissionais [...] de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. [...] Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. [...] como *técnica*, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas (que) facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. [...] Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, *rearticula-se* o serviço (p. 243-246).

A equipe de residentes, após períodos de estudo e discussão com os trabalhadores do serviço, optou por desenvolver ações a partir das três dimensões apontadas pelos autores e umas das ações que viria a ser elaborada e desenvolvida seria o acolhimento em grupo.

O acolhimento tem sido discutido por diversos autores (HENNINGTON, 2005; SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2005; GOMES e PINHEIRO, 2005) como uma estratégia de reorientação da assistência à saúde, buscando alterar a lógica do atual modelo tecnoassistencial, no sentido de alcançar o princípio da universalidade. Trata-se de um dispositivo de participação que vai muito além da mera recepção do usuário:

É nesse chamado “espaço intercessor” que ocorrem o conflito, a possibilidade de mudança e do ato criativo, que permitem superar as barreiras e dificuldades no atendimento das necessidades de saúde [...] o acolhimento deve ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitin-

do a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários, obviamente, sem negar a importante e decisiva influência da macropolítica no contexto da saúde (HENNINGTON, 2005, p. 260).

Neste sentido, o acolhimento necessita de uma postura humanizada do trabalhador, que se coloca no lugar do usuário, percebe suas necessidades e constrói respostas a estas dentro dos princípios do SUS de integralidade e humanização (RAMOS e LIMA, 2003).

O maior desafio dos profissionais é concretizar, na prática cotidiana, a superação do diagnóstico de necessidades e se integrar à “voz do outro”, através de uma mudança na relação técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história (GOMES e PINHEIRO, 2005).

No decorrer do processo de territorialização, a partir dessas conceituações, e após a implementação de outras ações que modificaram o fluxo de acesso dos usuários na unidade, a equipe de residentes percebe que o que é chamado de “demanda espontânea” na verdade, pouco tem de voluntário, já que esta se mostra como resposta à oferta e adequação ao fluxo de entrada e acolhida adotado pela unidade. O grupo sente a necessidade de escutar a “voz” da comunidade e, frente a uma estrutura de controle social pouco polifônica e ao estrangulamento do serviço que dificultava a extrapolação dos muros da unidade, entendeu-se que o espaço de escuta poderia ser ampliado.

A partir do exemplo de um trabalho de escuta realizado em outra unidade de saúde (UBS VIII – CSEM), percebia-se a necessidade de um espaço mais aberto, com metodologia que se aproximasse de uma auto-regulação advinda do encontro entre profissional de saúde e usuário. Um ambiente que não dependesse de um tema já instituído, como geralmente ocorre nos grupos, e que não estivesse vinculado a um procedimento ou ação do serviço, como ocorre no acolhimento individual e nos encontros que antecedem consultas ou entrega de medicamentos. Enfim, um espaço baseado na auto-análise e autogestão² dos coletivos que ali se encontravam. Criou-se, então, o *acolhimento em grupo*.

Como se configura o acolhimento em grupo

Na prática, configurou-se como um espaço semelhante a um “grupo de sala de espera”, mas com o foco numa concepção ampliada de saúde. Tinha a construção de conhecimentos na coletividade como objetivo na busca do fortalecimento do usuário enquanto sujeito protagonista nas ações do serviço de saúde, fundamentando-se na concepção de educação popular, processos grupais e análise institucional.

Numa idéia de experiência-piloto, foram realizados oito acolhimentos em grupo, com um ou dois encontros semanais, de duração aproximada de uma hora, contando com duas residentes facilitadoras e uma relatora. A ação ocorria concomitantemente ao acolhimento individual, enquanto as pessoas aguardavam seus atendimentos. Buscava-se que fosse um espaço auto-regulado, tendo como ponto de partida a apresentação da equipe e do objetivo da atividade. Após, era feita a seguinte colocação: “*Estamos aqui para ouvi-los*”.

A partir desta fala, muitos ficavam em silêncio, sendo necessário estimular a participação com a solicitação da apresentação dos presentes. Algumas vezes, acabou-se por dirigir o encontro para questões tais como a origem dos usuários e, para os não-naturais da cidade, o motivo de terem vindo para Porto Alegre (visto que muitos se apresentavam como “fulano de tal, vim de tal lugar, há tanto tempo...”). Nestes momentos, percebeu-se que a maioria dos que procuravam a UBS VI havia migrado para Porto Alegre em busca de trabalho e melhores condições de vida ou de tratamentos de saúde.

Dentre vários temas, surgiam também muitas discussões relativas ao adoecimento pelo trabalho enquanto motivo de busca pela unidade, tanto devido a doenças decorrentes do *stress* laboral (aposentadorias especiais, afastamento para tratamento), quanto pelas dificuldades advindas de sua falta (depressão, empobrecimento, dificuldade de acesso a outros cuidados, condições de vida insalubres, etc.).

Um destaque para a participação e controle social

A temática da participação, mobilização e controle social se configurou como um eixo transversal às atividades de acolhimento em grupo. Questionamentos a respeito da qualidade dos serviços de saúde eram muito frequentes nos encontros, normalmente surgindo de forma espontânea. Na maioria das vezes, vinham críticas quanto

ao grande tempo de espera pelas consultas, as dificuldades de encaminhamento para especialistas, a falta de medicamentos, entre outras. Para a equipe que desenvolvia o trabalho, às vezes era difícil não dar respostas “prontas” sobre a organização dos serviços, mas, num processo de co-aprendizagem, buscavam-se lançar no grupo questionamentos, argumentos e esclarecimentos que levassem à reflexão para que o grupo chegasse às suas próprias conclusões. Um exemplo de compartilhamento de informações que pudesse instrumentalizar sínteses no grupo se refere à pergunta feita para os usuários acerca do número de pessoas que a UBS tem responsabilidade de atender. A maioria não fazia a mínima idéia e os “palpites” nunca passaram de 3.000 habitantes. Quando descobriam ser cerca de 12.000, muitos se solidarizavam com a equipe, afirmando que esta fazia mais do que podia. Havia também aqueles que se queixavam do descaso político e dos poucos investimentos na região, defendendo a contratação de mais médicos e criação de novos postos de saúde. Novamente, a equipe de acolhedoras buscava estimular a reflexão sobre quem seriam os responsáveis por essa situação, discutindo a participação política, a responsabilidade nas eleições de cargos públicos e a pouca participação da comunidade no controle social (até o momento, apesar dos esforços da equipe de saúde e algumas lideranças da Associação de Moradores, não havia sido possível eleger os novos representantes do Conselho Local de Saúde). Enfim, instigavam-se os coletivos a refletirem sobre sua participação, responsabilidade e autoria na mudança.

Quando se falava em controle social, a maioria sequer sabia do que se tratava, tampouco tinha conhecimento da possibilidade de implantação dos Conselhos Locais de Saúde. As reuniões mensais que a UBS realizava com a comunidade (geralmente com participação apenas dos mesmos representantes da Associação de Moradores) eram vistas pelos usuários como espaços de mera reclamação, com pouca resolutividade. Alegavam não participar devido ao horário, por desconhecimento e por considerarem que “não daria em nada”.

Considerações finais: as reflexões que estimulam a continuidade

Tendo como ponto de partida os oito encontros realizados em 2005, observam-se como produções da experiência do acolhimento

em grupo: a) possibilidade de o próprio serviço refletir sobre sua (re)organização; b) utilidade desta prática no processo de territorialização, visto que propicia maior conhecimento da comunidade; c) maior aproximação entre profissionais e usuários (vínculo); d) diminuição da ansiedade do usuário nas consultas após ter passado pela atividade em grupo (apontado por alguns profissionais); e) reflexão acerca do conceito de saúde a partir da lógica da (co)responsabilização e da (co)produção; f) desconstrução do modelo biomédico vigente de (não) participação popular (estímulo ao controle social); g) possibilidade de oferecer um cuidado à saúde pautado na integralidade.

Dessa forma, entende-se que o acolhimento em grupo é uma atividade de promoção de saúde, já que incide na construção cultural sobre o que é saúde, seus cuidados e seus “responsáveis”. Amplia-se a visão de que a UBS somente tem que oferecer cuidados curativos, médicos e imediatos. Encontra-se espaço para que a saúde passe a ser pensada como a construção da autonomia através de acesso a um trabalho digno, moradia, lazer, participação, ação, escuta, fala, entre outros.

É importante contar com a comunidade como *parreira*, numa lógica de co-gestão e co-responsabilização. Segundo Schmith e Lima (2004), a população deseja o atendimento médico e, para isso, mantém-se em filas em horários desumanos para garantir seu acesso. Isso permite afirmar que não basta aumentar a oferta de serviços se não houver a abertura para novas formas de organização do processo de trabalho, as quais devem contemplar a participação ativa dos usuários, suas demandas e propostas.

Destaca-se como um desafio a superação ou minimização do desgaste emocional causado nos profissionais que realizam o acolhimento em grupo, o que é provocado não só pela “pressão” exercida pela população na busca de respostas e resolutividade, como pelo enfrentamento do desconhecido, haja vista ser uma atividade sem uma estruturação prévia e, na medida do possível, auto-organizada. Neste sentido, conquistou-se um momento de supervisão e discussão com a preceptoria de referência logo após o término da atividade.

Por fim, destaca-se que o acolhimento em grupo, tal como foi desenvolvido de forma experimental na UBS VI do CSEM, durante

o ano de 2005, apresentou como particularidades na relação usuário-profissional-serviço: horizontalidade do diálogo, co-produção de conceitos, co-responsabilização das práticas, espírito de coletividade e promoção de saúde. A atividade continua sendo desenvolvida no ano de 2006, e novas produções estão se constituindo para o debate.

Referências

- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*. [online]. mar./ago. 2005, v. 9, n. 17, p. 287-301. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-3283. Acesso em 18 jan. 2006.
- HENNINGTON, Élide Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2005, v. 21, n. 1, p. 256-265. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100028&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em 18 jan. 2006
- MENDES, E. V. *et al.* Distritos Sanitários: conceitos-chaves. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2003, v. 19, n. 1, p. 27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em 18 jan. 2006
- SCHIMITH, Maria Denise e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. [online]. nov./dez. 2004, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em 18 jan. 2006
- SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

Notas

- ¹ A apropriação do território (territorialização) consiste num elemento essencial para a gestão dos serviços de saúde. Possibilita que as equipes incorporem, em seu cotidiano, um novo fazer em saúde, no qual todos os trabalhadores poderão se envolver em todas as etapas do processo. Esse território deve ser entendido como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social (MENDES, 1995) e que representa muito mais que uma superfície geográfica. A territorialização, nesta perspectiva, é uma atividade comum a todos

os residentes da ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva durante o primeiro ano do curso.

² Segundo Baremlitt (1998), a auto-análise consiste em que os grupos sejam protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas; possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida. A autogestão consiste em o grupo se organizar para construir dispositivos necessários para produzir, ele mesmo, o melhoramento de sua vida.

A representatividade social de jovens em comunidades carentes: trabalhando com adolescentes

JUREMA FREITAS WARDINE

HUGO BRAZ MARQUES

ROGÉRIO BITTENCOURT

Introdução

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de saúde da família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família. Além disso, se baseia no princípio da territorialização, trabalhando com áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe.

A realidade dos jovens no Brasil

Com base nesses princípios, temos de ter um olhar para as neces-

sidades de saúde da população. Podemos observar, nos últimos anos, que a agudização das desigualdades sociais e econômicas aprofundou a pobreza e a miséria de amplas camadas da população, atingindo de modo perverso milhares de famílias trabalhadoras de baixa renda. Frente a essa realidade, com a qual nos deparamos todos os dias nas quatro comunidades que atendemos no PSF Sereno, verifica-se a inserção cada vez mais cedo de crianças e adolescentes no mercado de trabalho.

Esse panorama acaba levando adolescentes a buscarem uma fonte de renda, nem sempre formal, na maioria das vezes pedindo dinheiro em sinais de trânsito ou inserindo-se no tráfico de drogas, como foi possível observar recentemente no vídeo “Falcão: meninos do tráfico”, de autoria de MV Bill e Celso Athayde.

Uma pesquisa feita pelo antropólogo Luke Dowdney, transformada no livro *Crianças no Tráfico*, em 2003, mostrou que cerca de seis mil crianças e adolescentes no Rio de Janeiro são consideradas soldados do tráfico e usam armas de fogo como fuzis, metralhadoras e até granadas, participando de confrontos com a polícia ou em disputas por pontos de venda de drogas em favelas. O estudo, feito entre 1997 e 2001, também entrevistou crianças e adolescentes, entre 12 e 18 anos, que trabalham para o tráfico. Eles disseram, por exemplo, achar normal matar ou serem mortos por companheiros em caso de cometerem falhas. Um estudo da UNESCO mostrou que, entre 1993 e 2002, os homicídios entre jovens de 15 a 24 anos cresceram 88,6% no país. Na população em geral, o crescimento foi de 52,3%. Na pesquisa, o Rio aparece em primeiro lugar, tanto nos índices de assassinato da população em geral, quanto no de violência contra jovens (DOWDNEY, 2003).

Acreditamos que o futuro depende da educação a que crianças e jovens têm acesso hoje. Não estamos falando apenas da educação formal das escolas, mas também daquela que todos podem oferecer e compartilhar, aquela que casa bem com o processo de Educação Popular em Saúde, que, para Pedrosa (2004),

é estratégia para reorientação das práticas de saúde, compreendendo a produção de conhecimento compartilhado, de projetos políticos que suscitem a adesão da sociedade e de ações capazes de produzir novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e a reorganização do cuidado da saúde.

Trabalhar com esse segmento da população pode abrir portas para aqueles que acreditam que não há outro caminho a não ser o da violência. Por ser a adolescência uma fase imprescindível para a formação da identidade do sujeito e na qual cada jovem tem certo poder em influenciar os demais, acreditamos que a construção compartilhada de caminhos diferentes, novas possibilidades e alternativas de mudança são o primeiro passo para tentar interromper esse ciclo vicioso da vulnerabilidade social com o qual nos defrontamos.

Trabalhando com adolescentes no PSF Sereno

O PSF Sereno se localiza no Bairro da Penha Circular, área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, e atua nas comunidades da Fé, Paz, Sereno e Caixa D'Água. Essas comunidades compreendem cerca de 300 adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos. Percebemos a necessidade de realização de um trabalho voltado para este segmento da população que não dispõe de muitas oportunidades nas comunidades em que vive e está vulnerável à realidade já sinalizada.

A proposta partiu de percepções do enfermeiro integrante de uma das equipes e de residentes multiprofissionais do Curso de Especialização em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), quanto à realidade social de adolescentes dentro do território adscrito.

O projeto objetiva criar espaços de discussão e reflexão sobre temas relativos à violência, saúde e cidadania; abordar a questão da auto-estima e do cuidado; incentivar adolescentes a participarem de canais de comunicação (jornais, rádios, etc.) e atividades comunitárias; perceber as reflexões dos jovens sobre sua imagem corporal e sua associação com o poder dentro do seu nicho social; acompanhar a situação de saúde dos jovens da forma mais integral possível, englobando seu crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, maturação sexual, sexualidade, evolução dos diversos sistemas fisiológicos, etc.; promover práticas educativas que os tornem críticos e autônomos sobre seu estilo de vida, alimentação e demais cuidados com a saúde.

A metodologia utilizada se baseia na *problematização*, galgada em Paulo Freire, que enfatiza o sujeito prático: a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca da expli-

ção e solução visa a transformar aquela realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis). O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Serão utilizados vídeos de diversos temas para discussão entre os jovens, além de rodas de conversa e oficinas (artesanato, cozinha alternativa, artes, dentre outras possibilidades), sempre partindo dos desejos dos adolescentes. Pretendemos, ainda, buscar parcerias para realização de cursos profissionalizantes, atividades culturais e lazer. Nesse primeiro momento, estamos realizando uma pesquisa de campo para conhecer o perfil e as preferências dos adolescentes das quatro comunidades adscritas, cujo resultado da mesma subsidiará a implantação do projeto.

A pesquisa vem revelando, até o momento, a predominância de jovens entre 14 e 15 anos, cujos interesses envolvem a prática de esportes, aprendizado de línguas e informática, além de entretenimento através de vídeos, bailes *funke* e passeios externos. Cabe frisar que sua percepção em torno da saúde tem aparecido como disposição para os estudos, trabalho e lazer, bem como um reflexo da solidez das relações familiares. A aproximação das preferências suscitadas pelos jovens pode servir como ponto de partida para o estreitamento do vínculo com os profissionais do PSF e contribuir para discussões futuras de caráter diversificado.

Referências

- ATHAYDE, C.; MV BILL. *Falcão*: meninos do tráfico. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006.
- DOWDNEY, L. *Crianças no tráfico*: um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.
- PEDROSA, J. I. S. Avaliação de práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. *et al.* (Orgs.). *A palavra na saúde e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SALES, M. A.; ALENCAR, M. M. T. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Social para a Infância e a Juventude. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 1, 1993.
- SALES, M. A. Famílias no Brasil e no Rio de Janeiro: alguns indicadores e indicativos para a Formulação de Políticas Sociais. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 1, 1993.
- RIZZINI, I. Infância e identidade nacional. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 1, 1993.

Contribuições do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde para a transformação de modelo de atenção: vivência de uma tutora

GLADYS AMÉLIA VÉLEZ BENITO¹

Contextualização e justificativa

O Ministério da Saúde, em 2004, através da Portaria n° 198, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. Para a consolidação dessa política, foram instituídos os Pólos de EPS, que funcionam como rodas de gestão loco-regionais.

Sendo assim, o ministério, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), junto à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), implementou um projeto para contribuir com a consolidação da EPS no país, através do curso à distância de formação de facilitadores de EPS, como iniciativa central da política nacional de gestão da educação na saúde.

O objetivo do curso é transformar práticas e gestão do trabalho em saúde através de mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, especialmente, nas pessoas envolvidas com a saúde da população. Trata-se de um processo de ensino-aprendizagem que parte de diversos exercícios pedagógicos nos espaços de trabalho dos participantes com um enfoque de transformação de práticas. O mediador é o tutor, responsável por 20 facilitadores.

¹ Enfermeira, Doutora e tutora de Educação Permanente em Saúde da Região da Foz do Rio Itajaí-Açú, SC. Docente no curso de Graduação em Enfermagem e Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

Este relato pretende apresentar algumas vivências da tutora junto aos facilitadores, onde se identificam as contribuições que trouxeram mudanças de paradigmas e condutas por parte deles, tornando-se disseminadores desse novo olhar às práticas de saúde no âmbito onde são desenvolvidas. De início eram 20 facilitadores inscritos, sendo que a quinta parte (três) concluiu o curso.

Descrição da experiência

Quando me inscrevi como tutora de EPS, não imaginei a magnitude da complexidade do processo a ser iniciado, não pela experiência como docente, senão pela complexidade de enfrentar um processo piloto numa estratégia onde os planejadores da idéia também estariam noviciando. Foi assim que muitas barreiras foram enfrentadas, desde a orientação sobre o desenvolvimento do processo a ser iniciado até a articulação junto aos atores receptores do processo (estado, região, município). O processo ensino-aprendizagem à distância, mesmo com todos os avanços tecnológicos, ainda é um desafio a ser consolidado. É por isso que a tutora decidiu mudar um pouco a dinâmica do curso, no sentido de manter constantemente contato via telefone e presencialmente, quando surgiram dúvidas.

No primeiro encontro presencial um facilitador desistiu e durante o curso vieram desistindo outros; um oficialmente e, os outros (18) ficaram muito ausentes durante o desenvolvimento de suas atividades. Diante dessas dificuldades no processo de formação, a tutora definiu contar com uma estagiária uma tarde por semana, que viria a participar fundamentalmente na organização, tratamento das informações e acompanhamento do curso. Disponibilizou a tarde de quintas-feiras para atendimento dos facilitadores que precisassem de orientação sobre o desenvolvimento das tarefas.

No entanto, percebeu-se constantemente que existia uma falta de interesse e comprometimento, por parte de alguns gestores e facilitadores inscritos na formação, e o cumprimento das tarefas de-se deficitária, uma vez que, dos 19 facilitadores, só três culminaram o curso de uma forma satisfatória e com os resultados almejados. Tive muita dificuldade em fazer com que eles retomassem às atividades do curso. Cada um tinha um motivo, entre os quais posso citar: gravidez (2), demissão do município (2), mudança de emprego (1),

sobrecarga de trabalho nas funções que vinham desenvolvendo junto com falta de apoio por parte dos gestores dos municípios (11).

Essas situações foram trabalhadas desde o início pela tutora, que organizou um encontro na Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú, no Auditório da AMFRI-SC, no período da noite, onde teve a participação dos responsáveis pelo curso no estado, para conscientizá-los sobre a importância do curso para o município. Nesse encontro tivemos o aceite de todos eles, mas na prática alguns mudaram de cargo e outros simplesmente não davam espaço para o desenvolvimento de algumas tarefas que muitas vezes requeriam participação dos colegas ou atores que poderiam contribuir com a realização das atividades do curso. Assim foram se desmotivando e criando uma barreira ao cumprimento das atividades.

Por outro lado, cabe ressaltar que por seis vezes foram reformulados os prazos de entrega das atividades nas reuniões do pólo, não tendo muitos resultados positivos. Chegamos até a disponibilizar uma bolsista para digitar os relatórios, mas eles não entregavam as tarefas.

Dos três que realizaram as tarefas, duas terminaram e cumpriram adequadamente cada uma das etapas e não deixaram se influenciar pelo desânimo dos outros. Uma realizou as tarefas em encontros e reuniões que eram marcadas na Secretaria de Saúde e referiu que muitas vezes sentia que a cada leitura ela podia perceber que muitas concepções ainda precisam ser esclarecidas e refletidas pelos atores que vêm trabalhando com saúde; e que o curso proporcionou crescimento pessoal e profissional para ela e alguns dos participantes que estiveram nesses momentos.

A outra também ocupa cargo de direção no município e desenvolveu suas tarefas junto à equipe de trabalho da Secretaria de Saúde, onde, junto a outras gestoras pôde ressignificar alguns conceitos e vislumbrar novos caminhos para as ações desenvolvidas. Referiu que “o curso me proporcionou uma nova visão sobre a gestão e a governabilidade que a gente têm sobre alguns problemas que as vezes não sabemos como conduzir”. Esta colocação, para mim, como tutora, tem grande significado se pensarmos sobre os resultados do curso. Com certeza seu impacto é um aspecto que não tem medida quantitativa, mas qualitativa.

A terceira facilitadora teve resultados que, acredito, extrapolaram minhas expectativas: ela desenvolve três tipos de funções em diversas instituições de saúde (docente, secretária de Saúde de um dos municípios da AMFRI e supervisora de estágio da graduação em enfermagem), e em cada uma das unidades ela tentou vislumbrar os conceitos trabalhados nos espaços de trabalho em que atua. Após cada uma das tarefas ela fez uma descrição muito clara sobre sua ressignificação de algumas concepções, refletindo e fazendo discussões muito interessantes, tentando contextualizar a realidade da saúde brasileira e os novos caminhos que podem ser percorridos na sua atuação na área da saúde, tanto na formação como na gestão.

É possível afirmar que os facilitadores que terminaram o curso têm manifestado um profundo aprendizado no que se refere a repensar e ressignificar alguns conceitos que trouxeram desde a graduação, sobretudo nos seguintes aspectos: seu olhar ao indivíduo/família/comunidade; como trabalhar com a saúde local; sua atuação no nível de tomar decisões adequadas ao contexto situacional; seu olhar às diversas esferas de gestão como parceiras da atenção à saúde local e, compreender e refletir novos caminhos a serem traçados para se trabalhar a saúde.

Essas colocações fizeram que eu refletisse e contextualizasse melhor o processo de tutoria, uma vez que, mesmo sendo a quinta parte do total de facilitadores que iniciaram o curso, houve grandes contribuições, no sentido de ter sensibilizado, refletido e provavelmente mudado condutas nos facilitadores, que realmente se comprometeram e se dispuseram a realizar o curso com seriedade e responsabilidade.

Considerações finais¹

Acredito, também, que o processo ensino-aprendizagem à distância, mesmo com todos os avanços tecnológicos, ainda é um desafio a ser consolidado. As contribuições foram muito positivas, uma vez que o qualitativo se sobrepôs ao quantitativo, pois aqueles que desenvolveram o processo tiveram resultados de mudança e transformação que muito contribuirão para a consolidação da proposta do SUS.

Aprovamos, em reunião do Pólo de EPS da loco-região, o encaminhamento de um projeto para realização do curso para cinco grupos de facilitadores. O primeiro grupo seriam os componentes do

colegiado gestor desse pólo, e os quatro grupos serão representantes de cada esfera dos onze municípios da região.

O curso ainda está sendo aperfeiçoado, com base nas discussões durante reuniões do Pólo de EPS para atender às necessidades da loco-região e posteriormente será encaminhado ao Ministério da Saúde, para aprovação. Cabe esclarecer que será solicitada autorização à ENSP-Fiocruz para utilização do material bibliográfico e que se pretende fazer o credenciamento através da maior instituição de ensino da região. Ainda se espera implementar a proposta, para depois se avaliar o impacto do curso na transformação de modelo de atenção à saúde.

Notas

¹ Gostaria manifestar minha gratidão pela oportunidade de contribuir para com a consolidação dessa política tão almejada por nós, que é o SUS. Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública, ao Ministério da Saúde e a todos os atores que, de alguma forma contribuem com essa consolidação e participam, através de suas práticas e seus discursos, levando isto sobretudo aos atores que muitas vezes nem conhecem o que realmente se quer construir junto à saúde brasileira.

Ações em saúde: integralidade e participação popular sob a visão de uma experiência multiprofissional

VIVIANE SOARES COSTA¹

GILMARA DE FREITAS CARVALHO¹

TATIANE SOARES COSTA MACEDO¹

ELOISA SOLYSZKO GOMES¹

RENATA LIMA JORDÃO²

GABRIELA FREIRE LAGES CAVALCANTI²

ELIANE DA GLÓRIA ARAÚJO DE PAIXÃO²

No cenário da história da política brasileira houve uma série de transformações significativas, especificamente no âmbito da saúde, que desencadearam a necessidade de repensar o processo de assistência à saúde. Desse modo, surge em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PSF é uma estratégia para reorganizar a prática assistencial com base em áreas adscritas nas quais o indivíduo, a família e a comunidade estão sob o olhar de uma nova perspectiva de intervenção nos fatores determinantes em saúde na construção de novas práticas em busca por melhorias das condições de vida da comunidade.

Segundo Souza (2002), a aspiração pela reformulação do modelo de atenção à saúde, objetivando profissionais preparados para o exercício de um novo processo de trabalho, coloca a necessidade de diálogo permanente e a construção de espaços de interlocução entre os serviços de saúde.

É nessa perspectiva que a Escola Nacional de Saúde Pública iniciou, em 2005, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família,

¹ Residentes em Saúde da Família. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ.

² Profissionais da Equipe Saúde da Família do Território Esperança. CAP 3.1 do Município do Rio de Janeiro

trazendo como proposta a inserção de outros profissionais de nível superior nas equipes de saúde da família, como assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, além de médicos, enfermeiros e odontólogos que tradicionalmente já fazem parte da equipe. O processo de construção da residência é desenvolvido a partir de reflexões teóricas na academia e com momentos de práticas no Módulo da Comunidade Esperança.

A referida comunidade integra o Complexo do Alemão, que está inserida na área programática 3.1 do Município do Rio de Janeiro. É uma área de vulnerabilidade social, com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município.

Observamos, a partir de nossa inserção no território Esperança, onde os grupos sempre foram esvaziados e a justificativa dada pelos agentes comunitários seria de que os usuários não tinham interesse em participar de atividades grupais. O presente trabalho tem como finalidade refletir acerca da participação popular no território. Assim, a atuação da equipe de saúde da família trabalha na construção de espaços coletivos, possibilitando uma participação efetiva da comunidade, na perspectiva do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como nos processos de promoção e educação em saúde.

A partir da identificação dessa necessidade, repensamos estrategicamente a forma na condução de grupos. Entendemos que o indivíduo tem o direito de saber acerca da patologia que o acomete, mas também de suas causas sociais. Assim pensamos uma prática pautada sob a perspectiva da integralidade, que é um dos princípios do SUS, que teve sua efetiva concretização derivada da Constituição de 1988. Entendemos que a integralidade consiste numa redefinição das práticas relacionadas à saúde, considerando o indivíduo parte integrante da família, da comunidade, de todo um sistema social e ambiente (CAMPOS, 2003). Essa redefinição se dá a partir de uma prática da clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença. Esse novo modelo de trabalho visa a superar a clínica tradicional, que toma como objeto somente a doença. Assim, buscamos construir projetos de intervenção conectados à complexidade de determinantes socioeconômicos e culturais que permeiam a realidade social.

A equipe de residentes realizou uma observação participante através das vistas domiciliares, e juntamente com os agentes comunitários de saúde, procuramos identificar as necessidades dos moradores no território. Inicialmente existia um grupo voltado para o programa de hipertensão e diabetes, realizado no módulo, e havia uma baixa procura pelos usuários. Sensibilizamos toda a equipe do módulo de saúde da família para discutir as causas da não-adesão da população nas atividades educativas elaboradas por esses profissionais e possíveis estratégias para resgatar a participação dos usuários nas atividades.

A participação popular faz-se importante na construção dessas práticas. Para Valla (2000), a participação popular possui saberes elaborados sobre a experiência concreta, levando em consideração suas vivências diferente do profissional de saúde. A abordagem da educação em saúde sob a perspectiva da participação popular nos proporciona uma abordagem diferente de uma lógica predominantemente biologicista, em que prevalecem, na maioria das vezes, ações prescritivas e individualistas.

Entendemos que cada vez mais é preciso trilhar um caminho que permita fortalecer as práticas educativas na perspectiva da integralidade. Nesta direção, buscaremos a superação de práticas reducionistas e fragmentadas dos processos de saúde-doença que não consideram as implicações político-sociais, as condições de vida da população.

Cabe neste momento realizar um resgate que nos traz contribuições acerca do conceito de educação em saúde. Alves (2005) destaca que, a partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo.

Alves (2005) acrescenta que ao longo da década de 1970 foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e os profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir da interlocução com as teorias das ciências humanas por um novo projeto em saúde. Esses movimentos realizaram uma série de críticas às práticas educativas autoritárias e normatizadoras, apontando, ao mesmo tempo, para uma ruptura.

De acordo com Vasconcelos (2001), o movimento de Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Nesse sentido, são necessários momentos que valorizem as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários, através do diálogo, contrapondo-se às práticas educativas tradicionais. Segundo Vasconcelos, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para prestar assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

A construção coletiva entre profissionais de saúde e usuários tem possibilitado uma participação mais efetiva da população nos grupos. Além disso, podemos enriquecer nosso olhar sobre o processo de trabalho do serviço. Repensamos a lógica dessa atividade e sua forma de execução, o que inclui um investimento em iniciativas voltadas à sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao uso da problematização e de temas acerca dos direitos sociais e cidadania, não apenas focalizando na “saúde x doença”. Acreditamos que nesses espaços coletivos os usuários têm a possibilidade de realizar suas colocações, interesses e necessidades, apoiados em suas reflexões e representações sociais que expressam seu pertencimento ao processo no qual está inserido.

Assim sendo, ao lado de estratégias educativas voltadas para a comunidade, entendemos que é essencial investir num processo de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para lidar com algo multifatorial que determina a condição de saúde da população. Nesse contexto, trabalhar com o aspecto educativo e participativo possibilita a socialização das informa-

ções, bem como incentiva e estimula o exercício da autonomia e da co-responsabilidade.

Referências

- 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: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16. set./fev. 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma Estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- SOUSA, M. F. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 105-114.
- VALLA, V. V. (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. Reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

PESQUISA

Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento

LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA
FERNANDA SILVA
ANDRÉA TUNIN

Justificativa

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Carta Magna brasileira promulgada em 1988 definiu os princípios para a reorganização da atenção à saúde. Contudo, o Programa Saúde da Família (PSF) é que tem sido a estratégia estruturante que busca garantir a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Na perspectiva de viabilizar o novo modelo, o PSF tem como princípio fundante a luta em torno da promoção da saúde, que é um campo do conhecimento que vem sendo amplamente discutido, sendo hoje importante na inovação e experimentação em saúde.

A Carta de Ottawa¹ é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. O conceito de promoção da saúde passa, assim, a ser definido em termos de políticas e estratégias. Segundo Carvalho (1996, p. 117), ela significou “um avanço em relação à retórica de Alma-Ata (1978), que estabeleceu a consigna “saúde para todos até o ano 2000”, através da expansão da atenção primária”.

Considerando-a também como um avanço, Ferraz (1996) afirma que a Carta “incorporou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde”. Ademais, reconhece que a promoção da saúde “não concerne exclu-

sivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela constitui atividade essencialmente intersetorial”.

Sob a ótica da intersetorialidade, a Carta propõe estratégias de ação, como: estabelecer políticas saudáveis, criar meios favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde. Destaca-se que as recomendações propostas pela Carta de Ottawa foram reforçadas e ampliadas em outros documentos que a sucederam, e hoje podemos defini-la como:

estratégia de desenvolvimento de ações [...] que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um meio de resgatar a cidadania – transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito (SPERANDIO, 2003).

A ação de saúde centrada na lógica da proteção e promoção da saúde traduz-se no compromisso com a qualidade de vida e com o direito do cidadão. Traduz-se, dentre outros, no compromisso com um “trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário” (MATUMOTO, 1998); compromisso técnico, ético e político com o acolhimento dos usuários dos serviços de saúde. O acolhimento é compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular, responsabilização, atenção resolutiva, promoção da cidadania e autonomização do usuário. É entendido, portanto.

[...] como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários [que] vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” do conceito do *Aurélio*. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componente fundamental para um reinventar a qualidade da assistência (BUENO; MERHY, s/d).

Sob esta ótica, o acolhimento propõe que o serviço de saúde se (re)organize tendo como eixo central o usuário, observando os princípios:

(1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a

resolver seu problema de saúde; e (3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO *et al.*, 1999, p. 345).

É com esse entendimento de acolhimento que propusemos o estudo *O acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família: a reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento*, cujo objetivo é refletir sobre o trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Progresso (Juiz de Fora/MG), no que se refere ao acolhimento dos usuários. Busca caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo organizado e o significado desse processo, sob a ótica do trabalhador e do usuário, na qualidade do atendimento.

Essa unidade básica foi escolhida em função de constituir um dos espaços de desenvolvimento do Programa de Residência em Saúde da Família (RSF), da Universidade Federal de Juiz de Fora² e, ainda, por ter incorporado, na rotina do trabalho, o processo de acolhimento.

Buscamos assim debater a temática, analisando como o processo vem sendo operacionalizado nessa Unidade de Saúde da Família, discutindo a relação trabalhador x usuário, as práticas de saúde executadas, o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo de acolhimento, a estruturação do cotidiano do trabalho, as mudanças ocorridas no processo de trabalho e, ainda, refletir sobre as repercussões na qualidade da atenção prestada, na perspectiva do trabalhador e do usuário.

Esperamos que o estudo contribua com o aprofundamento das discussões em torno da temática, produzindo informações teóricas e empíricas que possam subsidiar a prática do acolhimento no Programa Saúde da Família, em especial no que se refere à organização do processo de trabalho em saúde. Esperamos, ainda, que a pesquisa possibilite reforçar/afirmar o acolhimento como uma ferramenta que, articulada com outras práticas de cuidado à saúde, tenha potencialidades para “assegurar” a qualidade do atendimento aos usuários.

Metodologia

No desenvolvimento desta investigação optamos por referenciar a perspectiva teórica sobre os processos de trabalhos em saúde – trabalho vivo em ato – sustentada por Merhy (1997a). Segundo o

autor, a substância dos processos de trabalho se concretiza no encontro trabalhador-usuário, em dado espaço-tempo. É nessa relação que os trabalhadores “podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema”.

É no movimento de atender às demandas postas pelos usuários que os trabalhadores lançam mão de seus saberes e fazeres que permitem atuar sobre as necessidades expressas “em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde” (FRANCO *et al.*, 1999, p. 346).

Ainda segundo Merhy (1997b), no processo de trabalho em saúde os profissionais utilizam saberes tecnológicos que se inscrevem nas denominadas tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras remetem a equipamentos tecnológicos, como máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras; as segundas, aos saberes bem-estruturados que se fazem presentes no processo de trabalho, como a clínica médica, epidemiologia etc.; e as últimas correspondem às tecnologias de relação, como vínculo, autonomização, acolhimento etc.

Com base nessas argumentações desenvolvemos nossas reflexões, abordando o objeto de estudo através da pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo (1994), busca compreender de forma abrangente e profunda o conjunto de dados coletados.

A pesquisa está sendo desenvolvida na Unidade de Saúde da Família de Progresso/Juiz de Fora-MG. Os sujeitos da pesquisa são os trabalhadores de saúde dessa unidade e usuários que a frequentam. A abordagem está sendo feita através de entrevistas semi-estruturadas, proposta por Triviños (1987), e até o momento entrevistamos dez profissionais de saúde de diferentes categorias.

As entrevistas direcionadas aos trabalhadores foram orientadas no sentido de captar informações sobre a relação trabalhador x usuário, as práticas de saúde executadas na perspectiva do acolhimento, o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo de acolhimento, a estruturação do cotidiano do trabalho, as mudanças processadas no processo de trabalho e, ainda, sobre as repercussões na qualidade da atenção prestada, do ponto de vista do trabalhador. Ressaltamos

que essas entrevistas são agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional.

Quanto aos usuários, ainda não iniciamos as entrevistas, mas compreendemos que devem informar como o usuário avalia o atendimento que lhe foi prestado na perspectiva do acolhimento. Destacamos que as entrevistas serão realizadas logo após o término do atendimento. Para a análise dos dados estamos nos apoiando, novamente, nas elaborações de Minayo (1994), que propõe uma interpretação dialética dos dados, que revele o conteúdo intrínseco, conflitivo e antagônico da realidade.

Resultados preliminares

Como o estudo ainda está em andamento, ainda não temos condições de fazer uma discussão mais aprofundada sobre seus resultados. Entretanto, acreditamos ser possível, ainda que preliminarmente, provocar um debate em torno do processo de acolhimento na unidade básica de saúde onde a pesquisa está sendo realizada. Os dados têm sinalizado que, embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pelo conjunto dos trabalhadores no cotidiano do trabalho ele é tema de conflitos e contradições expressos, por exemplo, no(a):

- **Significado atribuído** – serviço específico x processo que passa todas as ações de saúde desenvolvidas. Há entre os profissionais um entendimento diferenciado sobre o significado do acolhimento: enquanto alguns o consideram como perspectiva de intervenção que deve guiar todas as ações de todos os membros das equipes de saúde, outros o compreendem como mais um serviço oferecido pela unidade. Um serviço específico que ocorre em lugar e tempo determinado, isto é, no início da manhã e da tarde, na porta de entrada da unidade.
- **Representação para a intervenção profissional** – aumento excessivo da demanda por atendimento médico x prática que tem possibilitado a emergência e valorização de saberes de profissionais até então subjugados à ordem médica. Para alguns profissionais, o acolhimento tem significado a possibilidade de ampliar e dar maior visibilidade à sua intervenção, muitas vezes limitada pela hegemonia do saber médico. Por outro lado, existem aqueles que consideram que o acolhimento tem aumentado a demanda

por serviços médicos, na medida em que não há mais uma rigidez quanto ao número de consultas e, muitas vezes, pelo fato de o usuário ser “ouvido”, há a necessidade de atendê-lo, mesmo que já tenha ultrapassado o “limite” diário de consultas.

- **Relação trabalhador/usuários** – espaço de interação e diálogo x triagem. Se para alguns o acolhimento tem possibilitado maior interlocução entre profissionais e usuário, uma escuta qualificada das necessidades postas pelos usuários e, com isto, um fortalecimento do vínculo, para outros se resume a uma triagem, que busca dar mais agilidade ao serviço.
- **Significado para os usuários** – ampliação da autonomia e direito à saúde x reforça uma atitude de busca por atendimento “sem necessidade”. De um lado encontramos profissionais que acreditam no potencial do acolhimento como um processo de interação e diálogo que tem como horizonte melhorar a qualidade de vida, ampliar a autonomia dos sujeitos sobre suas vidas e garantir o direito à saúde, Em contrapartida, encontramos aqueles que compreendem que os usuários, como sabem que serão atendidos, buscam a unidade a qualquer momento, muitas vezes sem necessidade.

Referências

- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96crit.htm>>. S/d.
- CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1996.
- FERRAZ, S. T. *Bases conceituais da promoção da saúde*. Brasília: OPS, 1996.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 345-53, 1999.
- MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.
- MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997(b). p.113-150.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY,

- S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997(a).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SPERANDIO, A. M. G. *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: R. Vieira Gráfica, 2003.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

Notas

- ¹ A Carta de Ottawa resultou das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1996.
- ² A RSF, iniciada em 2002, é uma promoção do Núcleo de Assessoramento, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES/UFJF), em conjunto com as Faculdades de Serviço Social, Medicina e Enfermagem. Financiada pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo capacitar, através do treinamento em serviço, assistentes sociais, médicos e enfermeiros para atuarem nas equipes de saúde da família.

Fortalecimento da identidade e da autonomia da comunidade: um enfoque na saúde

ANGÉLICA V. VAREJÃO
ANDRÉIA CAMBUY
CARLOS EDUARDO SILVEIRA
CEUSNEI SIMÃO

Introdução

A reflexão sobre integralidade nas práticas de saúde pode ser gerada por meio de diversos contextos acadêmicos, dentre eles a extensão universitária. Segundo Falcão, (2003, p. 22), a extensão universitária é um “processo educativo, cultural e científico que articula ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação entre a universidade e a sociedade”. A partir do projeto de extensão universitária aprovado pelo Programa ENEC/ Versus-Extensão, foi possível viabilizar relações entre a universidade e comunidades do Vale do Ribeira Paranaense, dentre elas a comunidade de remanescentes quilombolas de João Surá. Nesse processo, caracterizado pela experiência interdisciplinar, foram efetivadas ações importantes (pontuais e ampliadas) que despertaram olhares e discussão acerca da integralidade nas práticas de saúde junto à comunidade, as quais serão abordadas neste estudo.

Contexto

A situação das comunidades quilombolas no Brasil vem-se mostrando notoriamente fragilizada por ações externas indiscriminadas caracterizadas por interferências em âmbitos político-sociais, ambientais, educativos, culturais e de saúde. Essas ações ameaçam suas identidades, autonomia, modo de organização do trabalho e condições de permanências em seus locais de origem (OBSERVATÓRIO QUILOMBOLA, 2006). O reconhecimento dos direitos dos

quilombolas pela legislação brasileira é relativamente recente. A primeira iniciativa neste sentido se deu pela Constituição Federal de 1988, que assegurou a esse segmento da sociedade brasileira o direito à propriedade de suas terras, como também a necessidade de preservação e proteção de tradições culturais. Estabeleceu, ainda, como patrimônio cultural, suas terras, obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais (Ato das Declarações Constitucionais Transitórias da Constituição da República Federativa do Brasil, artigos 68, 215 e 216, 1988).

Nos âmbitos estaduais observa-se que, enquanto estados como São Paulo, Pará e Rio Grande do Sul dispõem de um arcabouço legal bastante significativo, os demais estados pouco avançaram (OBSERVATÓRIO QUILOMBOLA, 2006). Nesta perspectiva, o estado do Paraná também se encontra atrasado, tendo como parâmetro as inúmeras comunidades quilombolas que habitam a região, embora a maioria ainda não tenha tido tal reconhecimento nem tenha suas terras tituladas (FUNDAÇÃO PALMARES, 2006).

A comunidade de João Sura, com cerca de 130 moradores, foi reconhecida como Remanescente de Quilombo em junho de 2005 e está localizada há cerca de 200 anos no município de Adrianópolis, pertencente ao Vale do Ribeira Paranaense. Apesar deste reconhecimento, ainda não se obtiveram ações efetivas previstas em lei para a localidade.

Metodologia

A partir de análise qualitativa, foi possível contextualizar as condições de vida da comunidade e levantar junto a esta suas principais demandas. Em seguida, foi possível gerar ações que oportunizaram, posteriormente, reflexões em diversos temas interdisciplinares, como práticas integrais em saúde.

O grupo de ação nessa comunidade específica é composto de estudantes das áreas da saúde, humanas e tecnologia, caracterizados pelos cursos de Nutrição, Terapia Ocupacional, Ciências Sociais, História, Engenharia Florestal e Agronomia. No entanto, o grupo extensionista geral, que abrange mais comunidades da mesma região, possui maior variação de formações, o que permite resultados de discussões ainda mais ampliados.

Para levantar as condições de vida e as demandas específicas da comunidade de João Surá, foi necessário estabelecer vínculo através de contato durante cerca de um ano. O contato foi baseado em capacitações realizadas entre o grupo extensionista, sucedidas de visitas à comunidade, contatos com grupos de estudos sobre o tema, com outros informantes, e desenvolvimento de ações pontuais e ampliadas junto à comunidade.

As práticas foram planejadas com base na teoria de Paulo Freire de Educação Popular, inserida em três momentos que consistem na metodologia utilizada, MET-MOCI (Metodologia de Mobilização Coletiva Individual): capacitação, vivência junto à comunidade e ação continuada. Sendo assim, os mesmos devem desenvolver um trabalho contínuo, com a concordância e participação das comunidades envolvidas, visando à atuação junto à organização comunitária, desenvolvimento de pesquisas e ações sobre os problemas locais apontados pelas comunidades, além da articulação junto a esta, por implementações de políticas públicas que atendam às demandas levantadas. (Falcão, 2002, p. 70).

Capacitação

A capacitação acontece semanalmente de forma expandida e durante dois dias antes da vivência de forma condensada. Este momento tem por objetivo despertar nos extensionistas discussões e reflexões a respeito das variáveis históricas, geográficas, econômicas, políticas, sociais, culturais, religiosas e ambientais, para que eles possam realizar a vivência futura e ações continuadas de forma crítica e não-intromissora, mas através de problematização e criação de soluções viáveis junto à comunidade (FALCÃO, 2003, p. 33-34).

Estágio de vivência

Após a capacitação, o extensionista passa pelo estágio de vivência, num período de dez dias ou mais de permanência nas comunidades, no qual esse busca vivenciar a realidade da comunidade, como também trocar saberes e estabelecer vínculo junto aos moradores. É através da vivência que se tem acesso ao real cotidiano da comunidade, aos discursos e práticas da mesma, assim como às reivindica-

ções, reclamações e idéias que a população local constrói para mudar sua realidade (FALCÃO, 2003, p.24-28).

Como pontua Andrade (2002), há de se apurar o olhar, para se interagir com o olhar da comunidade e não o reprimir – assim pode-se resgatar elementos reais daquele contexto:

O primeiro desafio é apurar o nosso olhar, estabelecendo, em seguida, uma troca de olhares com os indivíduos que ali vivem e ali nasceram. O olhar dos habitantes pode ser chamado de olhar do vivido ou de representação da realidade local. Com isto, podemos combinar dados objetivos de uma realidade e seu contexto com elementos do imaginário e dos símbolos da experiência de vida local (ANDRADE, 2002, p. 3).

Atividade continuada

A atividade continuada tem como fundamentação o resultado colhido no trabalho de campo, através de relatórios e análises qualitativas do local, consistindo em levantamentos político-sociais, ambientais e de sustentabilidade, educativos, culturais e de saúde. Trata-se da continuidade e do aperfeiçoamento do trabalho, visando à organização comunitária em seu caráter sustentável e de autovalorização. O processo de institucionalização do projeto comunitário (tanto o projeto extensionista, já elaborado, quanto projetos elaborados junto ou pela própria comunidade) garante uma sucessão de gerações – os indivíduos crescem, sucedem-se nas funções organizativas, proporcionando, assim, a manutenção da identidade e autonomia comunitária. Alguns nascem, crescem, outros se mudam e outros morrem. A comunidade organizada funciona em seus diversos setores através das ações resultantes da emancipação dos indivíduos (FALCÃO, 2003, p. 34). É importante destacar desde já que a própria comunidade participará, em diversas ocasiões, dos processos avaliativos.

Resultados

Através das observações e análises qualitativas, possibilitou-se a realização de um diagnóstico participativo junto à comunidade. Foram levantados dados político-sociais, ambientais e de sustentabilidade, educativos, culturais e de saúde, de acordo com os eixos de mobilização previstos pelo MET-MOCI (FALCÃO, 2002, p. 93-97). Além de discutidos entre a equipe interdisciplinar de extensionistas, esses resulta-

dos também o foram com a comunidade e, desta forma, foi plausível encontrar possíveis interferências vindas de um aspecto sob os outros, sendo os dois pertencentes a áreas de conhecimento distintas.

Foi possível, deste modo, perceber a falta de ações públicas efetivas relacionadas à garantia de terra, de apoio e de proteção para a comunidade. Foram ressaltadas situações em que os moradores sofreram opressão, imposições e destruição geradas por diversos fatores externos, como a presença de madeireiros e fazendeiros ao redor desta. Situações assim contribuíram e contribuem para as alterações de diversos âmbitos que permeiam a vida da comunidade, inclusive condições ambientais e de saúde.

O diagnóstico realizado também se baseou em dados de indicadores oficiais, como IDH (índice de desenvolvimento humano), o qual se apresenta dentre os mais baixos do país, além de dados comprovando alto índice de mortalidade infantil e analfabetismo. (INSTITUTO SÓCIO-AMBIENTAL, 2006).

A partir desses levantamentos, diversas ações foram desenvolvidas junto à comunidade, com o objetivo geral de favorecer o fortalecimento de sua identidade e autonomia, conforme a mesma demonstrou como necessidade. Desta forma, foram realizadas práticas pontuais e ampliadas relacionadas à nutrição, agroecologia, segurança sanitária, atividades reabilitativas e, ainda, a processos pela efetivação do exercício do controle social.

Em relação às práticas nutricionais, agroecológicas e de segurança sanitária, foram realizadas problematização relacionada desde à interferência do plantio de *Pinus* (exacerbado nas proximidades) e outras formas de contaminação do solo sobre as roças e rios, até à importância da preservação da prática agropastoril e autônoma (que estão se escasseando). Além disso, levantou-se a necessidade de viabilizar ações ampliadas com base na valorização da alimentação local, como, por exemplo, o despertar pela prática de troca de alimentos (frutas e legumes) distintos entre famílias, como forma de variação alimentar e garantia da alimentação não-monótona.

No que diz respeito às atividades reabilitativas, foram encontradas as principais demandas relacionadas à saúde mental. A prática adotada se baseia nos princípios da RBC (reabilitação baseada na comunidade), concebida como uma prática que ocorre no território onde

residem pessoas com deficiência, onde se utilizam recursos locais, integrando-se a outros programas e setores sociais, porém não se tira a responsabilidade das políticas públicas (OLIVER *et al.*, 1999, p. 4-5). No caso da comunidade de João Surá, foram desenvolvidas, além da reabilitação com pessoas com deficiência, práticas iniciais para a efetivação do controle social, tendo com resultado inicial a efetivação da associação de moradores e a articulação de políticas públicas em saúde através desta.

As ações desenvolvidas aconteceram em forma de conversas informais, reuniões, elaboração de teatro junto às crianças, músicas e brincadeiras, práticas utilizadas a partir de demandas vindas da comunidade e utilizando elementos presentes na mesma para poder levar a compreensões contextualizadas.

Foi perceptível a elevação da auto-estima da comunidade, após a ida freqüente dos extensionistas, o que pode ser explicado por meio da própria descoberta dos potenciais e força existentes na comunidade pelos próprios moradores e conseqüente valorização de tradições, respeito às raízes e à sabedoria dos ancestrais, e ainda o despertar por anseio em defender suas terras, cultura local, autonomia e direitos.

Considerações finais

[...] Do ponto de vista da ação, a referência é o engajamento em transformações visem à sustentabilidade social. O lado problemático e negativo dessa direção é o que revela a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais e da degradação ecológica, questões históricas e estruturais fortemente articuladas a obstáculos econômicos, culturais e morais que dificultam o avanço da cidadania e da qualidade de vida (MINAYO *et al.*, 2000).

Na verdade, toda a novidade de reflexão ambiental [...] coloca em xeque as definições instrumentais do conceito de *desenvolvimento como crescimento econômico*, centrado apenas nas possibilidades de aumento do dinamismo da produção de riquezas e da melhoria dos índices de produtividade (MINAYO *et al.*, 2002, p. 174).

A partir desse trecho de Minayo (2002) e do acesso ao discurso das comunidades sobre sua própria realidade, temos a oportunidade de refletir sobre possíveis caminhos para interagir com estas, a fim de promover as mudanças que elas julgarem necessárias. É de suma im-

portância investigar a forma como a comunidade constrói suas representações de mundo, as quais interferem diretamente nas práticas relacionadas à saúde que, por sua vez, ou reafirmam as representações ou as transformam (FALCÃO, 2002, p. 28-32). A forma com que as pessoas produzem práticas relacionadas à saúde está diretamente ligada a seu cotidiano e às relações que constroem entre si e com o ambiente que as cerca (FALCÃO, 2002, p. 28-32). O conhecimento e o respeito às noções de saúde que cada comunidade possui são necessários, por parte dos extensionistas, uma vez que muitas vezes estas não concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia.

A vivência na comunidade proporciona uma relação mais aprofundada entre estudantes e moradores, a qual abre um canal para ações conjuntas que serão realizadas nesta fase, na forma de projetos construídos pelas próprias comunidades. A partir desses projetos e das reivindicações construídas pelos moradores locais, nossa intenção é articulá-los às entidades políticas que possam efetivamente transformar esses projetos em políticas públicas para a região. Dessa forma, estaremos incentivando o controle social do SUS e, conseqüentemente, a participação política de quem vive nas comunidades, desenvolvendo com elas estratégias para a prevenção e promoção de saúde no Vale do Ribeira, como sugere a articulação em redes proposta por Ceccim (2006, p.165).

É importante que busquemos sempre preservar e incentivar a autonomia da comunidade em suas decisões e na sua participação política, pois se não forem eles mesmo os fomentadores das mudanças que desejam para si, não vemos como as ações podem ter durabilidade e impactos significativos. Assim, cairemos novamente no assistencialismo que tanto criticamos.

Referências

- ANDRADE, J. M. T. A. *Mobilização coletiva e individual*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 1., João Pessoa, *Anais...* 2002.
- BRASIL. *Ato das Disposições Constitucionais Transitórias*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 5 de dezembro de 1988.
- CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em*

equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-181.
FALCÃO, E. F. Metodologia da mobilização coletiva e individual. João Pessoa: Editora da UFPB, 2002. p.28-97.

_____. *Um novo começo*. João Pessoa: Agemte, 2003.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2006. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>. Acessado em 13 ago. 2006.

INSTITUTO SÓCIO-AMBIENTAL, 2006. disponível em: www.socioambiental.org. Acessado em 15 de setembro de 2006

MINAYO, M. C. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: _____. (Org.). *Saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 173-189.

OLIVER, F. C. *et al.* Reabilitação baseada na comunidade: discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-10, jan-abr. 1999.

OBSERVATÓRIO QUILOMBOLA, 2006. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/oq>. Acessado em 20 ago. 2006.

Avaliação estrutural dos Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará

EMANUELA LINHARES VIANA¹

IZABELLE MONT² ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE²

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA³

ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO⁴

VICENTE DE PAULO PINTO TEIXEIRA⁵

ARNALDO RIBEIRO COSTA LIMA⁶

Introdução

O movimento da reforma sanitária brasileira surgiu no final da década de 70 e início da década de 80, introduzindo a discussão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Brasil. Esse processo foi confirmado na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrido em março de 1986, em Brasília. Dentre os vários assuntos abordados, a reestruturação do sistema nacional de saúde foi um dos mais importantes. O consenso entre os conferencistas em relação à saúde no Brasil reafirmou que eram necessárias mudanças rápidas no setor saúde, tanto no que se refere ao entendimento, quanto ao acesso e prioridades (ANDRADE, 2001).

O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito da cidadania e nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, integralidade do atendimento e participação da comunidade. A implantação do SUS

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Morrinhos, Ceará.

² Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC); professora na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

³ Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela UFC; professora na UVA.

⁴ Estatística; professora na UVA; especialista em Administração Hospitalar pela UVA.

⁵ Enfermeiro; Doutor em Bioquímica pela UFC; professor na Faculdade de Medicina da UFC.

⁶ Médico; Mestre em Saúde Pública pela UFC; professor na UFC; coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva; Secretário Municipal de Saúde de Sobral.

não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida e representa, pela descentralização que promove, uma oportunidade de resgatar e corrigir as distorções que o sistema anterior, rígido e centralizado, acarretava (ANDRADE, 1999).

A descentralização ocorrida na saúde nacional, oferecendo aos gestores municipais autonomia sobre a saúde do seu município, deve seguir os princípios norteadores do SUS, que são: *universalidade*, segundo a qual todas as pessoas têm direitos iguais na saúde, ficando sob a responsabilidade do estado a manutenção desse direito; *integralidade*, quando todas as pessoas têm o direito ao atendimento de acordo com suas necessidades, e os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer a cada cliente as ações requeridas por essa atenção integral; e *equidade*, segundo a qual os serviços devem estar disponíveis nos locais mais necessitados às populações mais carentes (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia efetiva na busca da consolidação do SUS. Constitui uma mudança de enfoque nas políticas sociais de saúde, uma vez que propõe uma prática de assistência com novas bases estruturais, as quais vêm alterar o modelo tradicional de cuidado centrado na cura das doenças, substituindo-os por um modelo cujo enfoque principal é a família e a maneira como esta interage nas diversas situações de saúde/doença.

O PSF apareceu no cenário brasileiro com o propósito de inverter o modelo assistencial. Sua compreensão só é possível vendo-se ele em contraposição ao modelo tradicional ainda vigente, ao qual busca superar, através da mudança do objetivo da atenção, de forma da atuação e organização geral do serviço, já apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a articulação de saberes e práticas com diferentes graus de complexidade tecnológica, integrando distintas mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Nessa perspectiva, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à Estratégia de

Saúde da Família (ESF), considerando a pluralidade de suas dimensões e os atores envolvidos em sua construção. Para fins desta proposta, qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos em frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. (BRASIL, 2004).

Buscando superar os limites de concepção baseados em precedentes históricos e culturais, a presente proposta situa a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como atributo fundamental a ser alcançado no SUS – devendo ambas serem apropriadas por qualquer profissional envolvido com a ESF.

Para a análise da estrutura física das unidades em que atuam as equipes de saúde, foram considerados os seguintes aspectos: existência de consultório médico, de enfermagem e odontológico, existência de equipamentos, instrumentos, insumos, medicamentos necessários ao desenvolvimento de ações básicas de saúde, dentre outros aspectos.

Entende-se, no entanto que é difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendência estrutural mais adequada, aumentando a possibilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

Objetivo

Analisar a qualidade da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família de Sobral, Ceará, a partir do componente estrutural.

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório-descritivo, de natureza avaliativa, considerando uma abordagem quantitativa. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo exploratório busca a familiarização com o fenômeno, a percepção e a descoberta de novas idéias sobre o assunto visado. Leopardi (2001) relata que a pesquisa quantitativa é utilizada quando há instrumentos de medidas utilizáveis e válidos, desejando-se assegurar a objetividade e credibilidade dos dados.

O estudo foi realizado na sede do município de Sobral, Ceará, que se encontra situado na zona do sertão centro-norte, distante 224 km da capital do estado, Fortaleza, com uma área de 2.123 km² e população de 172.685 habitantes.

Foram convidados para participar da pesquisa os gerentes das unidades básicas de saúde da família do município de Sobral, distribuídas na sede, totalizando 14. Vale ressaltar que a amostra foi definida pelo conjunto dos gerentes dos Centros de Saúde da Família (CSF) que aceitaram participar da pesquisa, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-informado. A amostra do estudo foi composta de 14 gerentes das unidades de saúde básica da ESF do município de Sobral, localizadas na sede.

Os dados foram obtidos durante o mês de junho de 2006, a partir de um formulário direcionado aos gerentes das CSF, contendo perguntas fechadas adaptadas a partir da *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*, Caderno 3, do Ministério da Saúde, onde serão analisados a infra-estrutura, equipamentos, insumos e medicamentos existentes nas unidades básicas de saúde.

Salientamos que o formulário foi aplicado pelo próprio pesquisador durante visitas aos CSF, depois da coleta de dados, sendo feitas as tabulações e análises das informações. Os dados foram analisados estatisticamente e expostos em forma de gráficos, a partir do cálculo de valores absolutos e relativos; após, foram discutidos e analisados, respaldados pela literatura pertinente.

Análise e discussão dos resultados

Neste estudo avaliamos o componente estrutura dos CSF, considerando os recursos que se empregam na atenção básica, tais como: descrição das características das instalações, da equipe de saúde disponível, sobretudo em relação à sua adequação com as normas vigentes, perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

Os resultados mostraram que as unidades apresentam uma porcentagem de aproximadamente 100% em equipamentos básicos nos consultórios; os equipamentos gineco-obstétricos apresentaram-se em quantidades suficientes; equipamentos como balanças e tensiômetros são aferidos de acordo com os parâmetros técnicos em todos os CSF; os equipamentos de informática, em geral, são insuficientes;

nenhuma unidade possui eletrocardiógrafo; um pouco mais da metade das unidades possui oftalmoscópio; os equipamentos de urgência e emergência são quase inexistentes nos serviços. Os CSF possuem uma taxa de materiais educativos bastante significativos; os equipamentos e instrumentais odontológicos mostraram-se suficientes.

Ainda é possível que 78,6% dos CSF permitem a privacidade visual e auditiva nos consultórios; todos os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro, apesar de o número de consultórios nas unidades se mostrar insatisfatório; as instalações físicas das unidades encontram-se adequadas, exceto no item de conservação de pisos, paredes e tetos; a existência de sala de espera com assentos suficientes para atender à demanda apresenta-se com uma média de 78,6% nos CSF; dos materiais básicos distribuídos aos agentes comunitários de saúde (ACS), apenas o colete ou camiseta possui uma porcentagem significativa em todas as unidades; nenhum ACS recebe proteção para a exposição solar. O deslocamento dos profissionais de saúde para atividades extra-unidade em transporte mostrou-se ausente; todas as unidades possuem linha telefônica exclusiva e todas as unidades também possuem geladeira exclusiva para vacinas e imunobiológicos com controle de temperatura e 78,6% das UBS programam o uso e adequação dos ambientes. As equipes ainda apresentam uma grande deficiência em relação ao atendimento de pessoas com necessidades especiais.

Por fim, percebe-se que os CSF estão preparados para suprir a necessidade medicamentosa no tratamento de patologias como hipertensão, diabetes, crise epilética, crise asmática, anemias carenciais e hipovitaminoses, parasitoses, infecções e problemas do trato gastrointestinal.

Os resultados obtidos com a análise dos dados mostraram o quanto foi importante este estudo, para conhecermos a realidade das unidades de saúde analisadas no que tange à estrutura, com o objetivo de prestar assistência qualificada e assim proporcionar melhor qualidade de vida para a comunidade assistida.

Conclusões

A avaliação de programas e serviços de saúde é de fundamental importância no processo de amadurecimento do SUS no nosso país.

Instituí-la enquanto prática sanitária é um desafio para gestores, profissionais de saúde e todos os atores sociais que acreditam que as reformas do sistema de saúde se fazem a partir de reflexão sobre os processos concretos de recriação do cotidiano dos serviços de saúde.

Analisar serviços de saúde é uma atividade complexa, pois exige do pesquisador conhecimento sobre a forma correta de funcionamento do serviço analisado – todos os fatores que dificultam e facilitam o fluxo das atividades do serviço –, além de saber até que ponto os fatores limitantes interferem nas atividades dos serviços de saúde.

Com base neste estudo, é possível afirmar que os Centros de Saúde da Família de Sobral encontram-se, segundo as normas e diretrizes do Ministério da Saúde (2006), em condições que permitem a realização de uma assistência de qualidade na atenção básica. Entretanto, algumas mudanças são necessárias, pois percebemos que alguns aspectos ainda estão em situações inadequadas. Percebe-se, portanto, que a avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo.

Referências

- ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da família: construindo um novo modelo. A experiência de Sobral. *SAÑARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, v 1, n. 1, p. 7-17, out-dez, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS*. Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC, 2002.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Perfil dos serviços de atendimento a alcoolistas no Estado do Rio de Janeiro e a Política de Redução de Danos

SALETTE FERREIRA¹
BRUNA SOARES²
ROSA OLIVEIRA³
GABRIELA PINTO⁴
VANICE SILVA⁵
LUCIANA BECKER⁶
LÍVIA GOMES⁷
TALITA DE ARAÚJO⁸
JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO⁹
CARLA DE MEIS¹⁰

As estratégias da Política de Redução de Danos são ações inclusivas e foram adotadas pelo Ministério da Saúde em sua Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (2004). A Associação Internacional de Redução de Danos define essas ações como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (www.ihra.net, 2006).

¹ Psicóloga, Ph.D. e professora visitante no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

² Psicóloga, pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

³ Psicóloga UFRJ, doutoranda e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁴ Psicóloga, mestranda e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁵ Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC) e estagiária no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁶ Psicóloga, MSc. e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁷ Psicóloga, especializanda e pesquisadora do PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁸ Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC) e estagiária no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁹ Professor Titular de Psiquiatria na UFRJ.

¹⁰ Professora Adjunta de Psiquiatria na UFRJ.

Pelo seu amplo espectro de abrangência, as estratégias de redução de danos ultrapassam a busca da abstinência como objetivo único ou privilegiado de tratamento, rompendo assim a dicotomia “redução da oferta/redução da procura”. A idéia-chave dos programas de redução de danos é oferecer maior número possível de alternativas preventivas, suporte psicossocial e promoção de saúde, tanto para os usuários quanto para suas respectivas comunidades.

As primeiras aplicações dessa política foram voltadas para a distribuição de seringas descartáveis entre os consumidores de drogas injetáveis no quadro da prevenção da Aids e hepatite. Entretanto, por mais razoáveis que pareçam as idéias que dão suporte a esse projeto, sua realização foi inúmeras vezes boicotada. Aos olhos da lei e das normas morais vigentes, esse tipo de projeto incentivaria o consumo de substâncias químicas.

Na verdade, os programas de redução de danos pretendem adotar estratégias realistas e pragmáticas. Realista porque esses programas levam em consideração o fato de que as drogas sempre existirão; pragmático porque são elaborados a partir de possibilidades concretas de atuação nessa área, sem deixar, em momento algum, de reconhecer os direitos humanos individuais e de aceitar a integridade e responsabilidade de cada sujeito (STRONACH, 2004).

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2001), em seu trabalho intitulado “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”, utiliza os conceitos de integralidade, equidade e universalidade como signos do ideário da reforma sanitária, ou seja, como signos que representam e descrevem a cidadania e a saúde como direito de todos. O autor descreve os três princípios do SUS a partir da necessidade de intervenção no âmbito da escuta aos usuários dos serviços, realizada pelas equipes médicas e de enfermagem e pelos diversos serviços que constituem uma rede de saúde.

Em seu artigo, Cecílio descreve o princípio da integralidade como “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional” (2001, p. 115). Pensar a saúde a partir de uma visão global e multiprofissional é de grande importância para o desenvolvimento de uma rede de programas de redução de danos e de atendimento para pessoas que fazem uso prejudicial de bebidas alco-

ólicas, pois só assim poderíamos ter políticas que entendessem o consumo de drogas lícitas ou ilícitas a partir de três esferas fundamentais: biológica, social e psicológica.

A criação de uma rede baseada nas estratégias de redução de danos está diretamente relacionada à idéia de integralidade em seu sentido mais amplo, chamada por Cecílio, em seu artigo, de “integralidade ampliada”. Esse conceito aponta para a construção de uma rede institucional das várias “integralidades focalizadas”, isto é, além do trabalho multiprofissional realizado dentro de cada serviço de saúde, os próprios serviços funcionariam como uma rede integrada.

No campo da saúde mental, um dos principais pontos da construção de uma rede integrada de serviços é a variedade de atividades oferecidas. Quanto maior o cardápio de atividades, maiores são as possibilidades de acolhimento. Uma vez que estamos tratando de sujeitos complexos e diferentes entre si, somente uma rede de serviços heterogênea pode dar conta das diferenças entre os usuários.

Na clínica, as estratégias de redução de danos implicam um atendimento independente da abstinência. No senso comum isso pode significar uma redução gradual do consumo de uma substância, mas o que realmente diferencia a clínica da redução de danos das outras abordagens teóricas, na prática, é o fato de o paciente sempre poder ser atendido, mesmo quando não conseguir ou não quiser se manter em abstinência. Ou seja, enquanto algumas pessoas podem preferir se tratar em clínicas com regras rígidas de abstinência, outras vão precisar de um tempo diferente e único para deixarem de fazer uso prejudicial de drogas.

O fato de existirem diferentes modelos de atenção indica a heterogeneidade dos serviços de uma rede. É nesse ponto que o princípio da integralidade se encontra com os dos programas de redução de danos, na tentativa de construir uma rede suficientemente ampla para dar conta do maior número possível de usuários.

Há, portanto, no Brasil, um campo aberto para se pensar diversos tipos de programas de redução de danos, onde muitas coisas precisam ser modificadas, tanto com relação ao mercado de álcool quanto ao consumo do mesmo. Novas leis precisam ser formuladas, principalmente com relação a propagandas e ao consumo de álcool na mídia.

Neste trabalho, realizado em convênio com a Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, buscamos realizar uma pesquisa-ação para descrever os diferentes níveis de atenção da rede de atendimento ao uso indevido de álcool no estado. Para a pesquisa, construímos um instrumento semi-estruturado que foi aplicado nas unidades partícipes dessa rede de assistência. Foram selecionados municípios do Estado do Rio de Janeiro e, em cada município, foram realizadas entrevistas com a totalidade dos serviços que compõem a rede de assistência ao alcoolismo. Além disso, organizamos *Encontros Estratégicos*, que são espaços de articulação criados por nós, para que pudéssemos divulgar as estratégias de redução de danos, assim como devolver os resultados da pesquisa para os serviços estudados.

Os dados iniciais dos primeiros municípios estudados – Paraíba do Sul, Rio das Ostras e Nova Iguaçu – mostram que os serviços para o tratamento do abuso do álcool são heterogêneos: 40% deles são públicos e vinculados ao SUS; 40% são instituições religiosas (privadas ou filantrópicas), 20% pertencem a grupos comunitários sem afiliação religiosa. Observamos também que em 40% dos serviços não-públicos o modelo teórico de tratamento era *Os Doze Passos*, que foi inicialmente criado nos EUA pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e que agora está integrado em diversas propostas de tratamento para o álcool no país. Entre os serviços estudados: 13,2% seguiam um modelo teórico representado pelos entrevistados como sendo *médico*; 13,32% como *biopsicossocial*, 13,32% como *espiritual*; 6,66% como *psicanalítico*; 6,66% como *behaviorista*, 6,66% como o *modelo da redução de danos* e finalmente 6,6% não se identificaram a nenhuma dessas categorias. Dentre os serviços estudados, 31,25% eram ambulatoriais, 25% hospitais-dia; 25%, serviços de internação e os outros 18,75% não se adequavam a nenhuma dessas categorias. Apenas 40% dos serviços estudados desenvolviam parceria com outras instituições. Entretanto, todas as unidades desenvolviam ações informativas na sua comunidade local. Apenas 43% das instituições estudadas *conheciam* as estratégias de redução de danos do Ministério da Saúde.

Finalmente, os dados demonstram uma grande heterogeneidade entre os modelos teóricos adotados pelos serviços, oscilando de intervenções religiosas a psicanalíticas e médicas. Os dados sugerem

também certa precariedade na rede de serviços, com baixo nível de comunicação e cooperação entre eles, assim como baixa expressividade das políticas públicas, como a política de redução de danos, dentro do conjunto de serviços pesquisados.

Referências

- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. Disponível em: <http://www.ihra.net>. Acesso em: 15 set. 2006.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- STRONACH, B. Alcool e redução de danos. In: BRASIL/MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Alcool e redução de danos: uma abordagem inovadora em países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Avaliação qualitativa em atenção básica à saúde

MÔNICA DE REZENDE¹

ANTENOR AMÂNCIO FILHO²

MARIA DE FÁTIMA LOBATO TAVARES²

A participação no VI Seminário do Projeto Integralidade do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) tem o intuito de apresentar e debater a pesquisa “Avaliação da inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família: um estudo de caso”. Tal pesquisa, selecionada no Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – nº 49/2005, tem o apoio do CNPq e do Ministério da Saúde, a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Macaé/RJ e está sendo desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz.

A integração do fisioterapeuta diretamente nas equipes, no formato um fisioterapeuta por equipe, ocorre em Macaé desde 2001. A motivação para o estudo surgiu pelo caráter incomum dessa forma de inserção que, embora já ocorra em alguns municípios brasileiros, é rara e polêmica.

Incidem sobre a questão da integralidade da atenção no sentido apresentado por Mattos (2001), da “organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”. As possibilidades de apreensão das necessidades de saúde estão relacionadas, dentre

¹ Fisioterapeuta, sanitarista e mestranda em Saúde Pública pela ENSP / FIOCRUZ.

² Pesquisadores titulares e docentes no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP / FIOCRUZ.

outras coisas, com o olhar dos profissionais envolvidos. Segundo Merhy (2000), a forma de significar o mundo e as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, consequência do processo de captura por parte dos profissionais que ocorre a partir da interação dos seus conhecimentos técnicos com a relação, ocorre no momento do encontro com o usuário, no ato do cuidado em si. Nesta perspectiva, a integração de profissionais de diferentes categorias nas equipes, atuando, como indicado por Ceccim (2005), com uma ética “entredisciplinar” sobre a estética multiprofissional, tende a funcionar como potencializador dos recursos disponíveis em direção à maior resolutividade da atenção básica.

Desta forma, a avaliação justifica-se pela possibilidade de identificar diretrizes que caracterizam mudanças no modelo assistencial. Não somente em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visam a alterar o modo de produção de ações de saúde (FEKETE, 1997). Analisar a adequação e compatibilidade dessa experiência com a realidade sanitária local e trazer para o espaço de discussão, tanto acadêmico quanto da gestão, os resultados encontrados, fornecem novos elementos com potencial tanto para orientar as decisões dos gestores, quanto para contribuir para transformações na formação dos fisioterapeutas. Isso permite o desenvolvimento da competência profissional para atuar de acordo com a proposta da atenção básica, somando esforços na direção da consolidação dos princípios e pressupostos do SUS.

Trata-se de um estudo de caso único que busca, além de atingir seus objetivos centrais, compreender o contexto onde acontece tal integração. Caracteriza-se como uma investigação avaliativa de abordagem qualitativa, que “se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social [...] atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores” (MINAYO, 2005). Utiliza como condição marcadora a população idosa e como desempenho, o acesso. Pretende, ao contrastar as representações dos profissionais das equipes com os dados secundários, configurar as relações existentes entre as atividades exercidas pelos fisioterapeutas e as condições de acesso dos idosos às ações de saúde produzidas pelas equipes.

O estudo parte do pressuposto de que as ações do fisioterapeuta devidamente integrado à equipe contribuem não apenas para ampliar a capacidade de oferta de serviços capazes de suprir as demandas de saúde da população idosa, mas também colaboram para reduzir as barreiras que obstaculizam a plena utilização, por parte dos idosos, dos recursos disponíveis. Desta forma, foram selecionados como indicadores da avaliação, para a construção dos instrumentos de coleta de dados: as ações de saúde oferecidas, a utilização dos serviços, a interdisciplinaridade e a rede de serviços.

O indicador “ações de saúde oferecidas” refere-se à disponibilização de recursos para o cuidado da saúde da população idosa pela estratégia Saúde da Família. Indica a capacidade das equipes para produzirem ações que dêem conta das necessidades de saúde dos idosos. Envolve, além das ações em si, a identificação das necessidades de saúde dos idosos.

A “utilização dos serviços”, enquanto indicador, reflete a utilização, por parte dos idosos, das ações de saúde oferecidas pelas equipes. Indica a aproximação entre as ações de saúde oferecidas pelas equipes e a população idosa, assim como expõe as barreiras existentes para o acesso da população idosa a essas ações.

A “interdisciplinaridade” é utilizada como o indicador da integração do “núcleo de competência” dos fisioterapeutas aos processos de trabalho das equipes, interferindo nas possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população e na capacidade de resposta das ações. Sendo “núcleo de competência” entendido como atribuições exclusivas da especialidade, busca compreender o que o fisioterapeuta pode agregar de valor ao trabalho das equipes com sua participação, em prol do atendimento integral aos idosos.

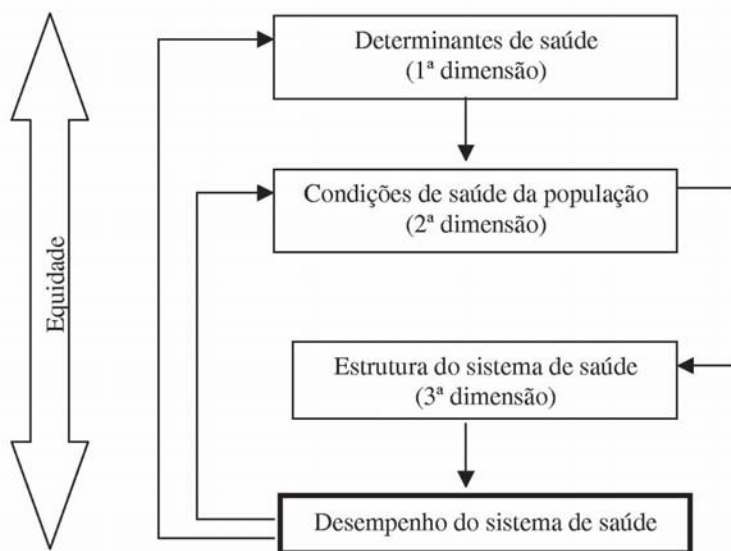
Por último há a “rede de serviços”, que significa como está estruturada a relação entre os diversos componentes do sistema de serviços de saúde do município. Indica a possibilidade das unidades de Saúde da Família servirem de porta de entrada do sistema de saúde do município e a integralidade da atenção, no sentido da integração das ações.

As técnicas selecionadas para o levantamento de dados empíricos foram entrevistas, grupo focal e observação participante. As entrevistas constituem-se como centro da pesquisa e as demais técnicas

configuram-se como complementares. Foram realizadas entrevistas abertas com os fisioterapeutas que atuam nas equipes e semi-estruturadas com os gestores. Foram realizados dois grupos focais com duas equipes em cada. Um grupo para equipes de região urbana e um para equipes de zona rural. O objetivo foi permitir a comparação de grupos populacionais, de forma a perceber as diferenças geográficas e sociais.

A pesquisa em dados secundários representou importante etapa do trabalho. A colaboração da SEMUSA, através da coordenação do PSF, tem sido de vital importância para a pesquisa, pois não há na base de dados do DATASUS dados disponíveis capazes de responder às questões colocadas no quadro lógico de indicadores.

O desenvolvimento da avaliação está fundamentado no modelo proposto por Viacava *et al.* (2004) para avaliação de desempenho do sistema de serviços de saúde brasileiro, guardadas as devidas proporções e as necessárias adaptações. O modelo tem o formato de um painel de controle (*dashboard*), também chamado de matriz de dimensões, onde podem ser visualizadas, simultaneamente e de modo relacionado, as diferentes dimensões da avaliação.



Para a avaliação são montadas duas matrizes. A primeira, a partir de análise documental, na qual se busca conceituar cada uma das dimensões e identificar suas principais categorias. A segunda é montada com as categorias destacadas a partir da análise do material coletado no trabalho de campo. A avaliação, propriamente dita, surge do contraste dessas duas matrizes, articulando conhecimentos teóricos e dados secundários com a análise de dados empíricos.

Referências

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, n. 6, p. 109-16, 2000.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p.
- FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004.

Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal

ROSIANGELA RAMALHO DE SOUZA KNUPP
URUBATAN VIEIRA DE MEDEIROS
PAULA BAPTISTA MACHADO DE MELLO
DENNIS DE CARVALHO FERREIRA
MÁRCIA MARIA PEREIRA RENDEIRO
MÔNICA GUIMARÃES MACAU LOPES

A odontologia atual vem desenvolvendo novos conceitos de atenção precoce e manutenção da saúde, fundamentados no princípio da integralidade, capaz que transformar o cotidiano de suas práticas e cuidado em saúde.

Reconhecendo a importância da figura materna no ato de cuidar e que os principais fatores de risco de diversas doenças são decorrentes de hábitos de vida, é imprescindível que os profissionais de saúde atuem no sentido de capacitação e conscientização do seu importante papel nesse processo.

O presente estudo teve como objetivo investigar e analisar conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal, além de verificar a existência de alguma associação entre esses fatores e sua própria saúde bucal e de seus respectivos bebês, focando na cárie dental, por ser a mais prevalente das doenças bucais.

Desde o início do século XX, a medicina tem reconhecido a importância de fornecer aconselhamento e cuidados às gestantes, reduzindo-se com isso as taxas de mortalidade e morbidade infantis (NOWAK; CRALL, 1996). Entretanto, só recentemente que os profissionais de odontologia têm-se envolvido nesse tipo de prática, através do aconselhamento pré-natal odontológico (KONISHI; ABREU-E-LIMA, 2002; LOPES, 2004).

O saber feminino em saúde se constrói pela observação de outras mulheres, como mães, avós, tias, vizinhas, e as práticas tradicionais de saúde e o modelo médico disseminado são os elementos que cons-

tituem o leque de motivações perante os problemas de saúde (TEZOQUIPA *et al.*, 2003).

A abordagem precoce prioriza aspectos educativos e preventivos, tais como a orientação com relação à amamentação, formação de hábitos viciosos e a importância dos pais na promoção da saúde bucal de seus filhos (FRAIZ, 1998; SCHMIDT, 1998; POLITANO *et al.*, 2004).

O modelo de promoção da saúde busca na etiologia das doenças bucais os meios para evitá-las. Para isso, é necessário estabelecer hábitos saudáveis na criança o mais precocemente possível, para que os efeitos deletérios das doenças bucais sejam contidos (TIVERON *et al.*, 2004).

O ambiente sociocultural em que o indivíduo está inserido tem influência no desenvolvimento da doença cárie, com etiologia relativamente definida, mas associada a um grande número de possíveis causas predisponentes, ainda não claramente detectado. Assim, entre outros fatores possivelmente associados à doença, estariam aqueles indicativos da classe social, como renda, ocupação, grau de escolaridade, dentre outros, por se refletirem nos hábitos dos indivíduos inseridos nos diversos estratos sociais (ROCHA *et al.*, 2004; FADEL, 2005).

No contexto de exclusão social, a atenção precoce, como uma conquista da odontologia atual, vem sendo uma estratégia para a prevenção das doenças bucais, numa perspectiva de promoção da saúde. Contudo, a implementação desse tipo de prática deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade, devendo se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população, sem correr o risco de ser excludente, pouco resolutiva e ineficiente (RONCALLI, 2000).

Metodologia

Esta pesquisa foi desenvolvida na Clínica de Bebês do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, após seu projeto e seu respectivo termo de consentimento livre e esclarecido terem sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade.

Neste estudo epidemiológico descritivo-analítico, a técnica de

pesquisa utilizada foi a observação direta extensiva, cujo instrumento de coleta de dados foi um formulário padronizado de entrevista semi-estruturada com as mães e fichas clínicas próprias de avaliação da condição dental das mesmas e de seus bebês. Foram utilizados índices epidemiológicos de cárie dental (CPO-D e ceo-d), além do índice de placa visível (IPV) e, com o intuito de complementar as informações colhidas, foi elaborado um diário de campo. A amostra foi intencional, composta por 116 pares de mães e bebês em sua primeira consulta de acolhimento na referida clínica.

Devido à complexidade da realidade social, optou-se pela metodologia mista, combinando-se a análise quantitativa com a qualitativa, o que permitiu tentar entender, segundo Triviños (1987), a natureza dos fenômenos sociais, através dos significados que as pessoas dão aos fatos, pois essas questões extrapolam números e traduzem uma visão de suas interfaces e suas inter-relações.

Resultados e discussão

Traçando um perfil das mães entrevistadas, observou-se que a maioria delas tinha média de idade de 27 anos, eram solteiras, residentes nos entornos da Ilha do Fundão, com ensino médio, donas-de-casa, com renda familiar mensal na faixa de 1 a 3 salários mínimos, caracterizando um nível socioeconômico baixo, possuindo 1 ou 2 filhos e inseridas em famílias composta de 3 ou 4 pessoas.

Na análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde bucal, a associação entre razão principal da mãe da busca de atenção odontológica e escolaridade, através do teste estatístico do qui-quadrado ($\chi^2 = 23,09 / p = 0,03$), foi significativa ao nível de 5%, mostrando que a escolaridade tem influência nessa atitude.

Na associação entre conhecimento de cárie dental e escolaridade da mãe, através do teste estatístico do qui-quadrado ($\chi^2 = 37,23 / p = 0,00$), o resultado foi significativo ao nível de 1% – ou seja, seguramente a escolaridade influencia no conhecimento com relação à cárie dental.

Com relação à razão principal atribuída pela mãe ao bebê ter apresentado lesão de cárie dental, observou-se que 30% delas atribuíam aos alimentos doces, 20% aos antibióticos, 20% à falta de cuidado, 20% ao leite materno e 10% à hereditariedade.

Na análise final dos conhecimentos e práticas das mães sobre saúde bucal, constatou-se que 71% denotavam um nível parcialmente satisfatório; 21%, satisfatório e 8%, insatisfatório.

Com relação à condição dental nos bebês, os respectivos índices médios (ceo-d = 0,62 / IPV = 4,46%) apresentaram-se razoáveis; entretanto, nas mães o mesmo não foi observado (CPO-D = 11,27 / IPV = 15,99%), denotando certa negligência em relação à própria saúde bucal, devido a inúmeras razões, principalmente de ordem financeira e pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Na associação da variável nível de conhecimentos e práticas com condição dental, o teste estatístico do qui-quadrado ($\chi^2 = 9,33 / p = 0,15$) se mostrou não-significativo, ratificando-se o que se observou através da análise das falas das mães, um distanciamento entre o conhecimento e a prática, ou seja, entre a intenção e a ação.

Considerações finais

A necessidade premente de ações que promovam a melhoria das condições de vida e saúde dessas famílias, considerando os fatores relacionados a renda familiar, trabalho, moradia, escolaridade, auto-estima, dentre outros. Não se pode subestimar os aspectos socioeconômicos e culturais como determinantes não-biológicos das doenças em toda a sua dimensão;

A grande responsabilidade dos profissionais de saúde, sua atuação interdisciplinar e transdisciplinar, além das suas limitações no enfrentamento dessas questões. Essas limitações são decorrentes de uma lacuna no âmbito de sua formação profissional e também nas oportunidades de educação permanente, que desenvolvam um perfil de habilidades e competências condizentes com o contexto sociopolítico e cultural, onde tais profissionais estão inseridos;

O profissional de saúde deve saber lidar com as dificuldades advindas da exclusão social, da pobreza e da violência que atingem diversas comunidades em nosso país; cientes do seu papel na transformação dessa realidade social. Devem pautar suas ações no profundo conhecimento das pessoas, através do seu modo de vida, suas crenças, seus valores e anseios. Esse conhecimento é um dos sentidos da integralidade do cuidado, fundamental para a humanização das ciências da saúde, através da escuta, acolhimento, criação de

vínculos e redes sociais solidárias de promoção da vida;

Nota-se que o cuidado é uma atividade quase específica do gênero feminino e que esse ato implica responsabilidade e compromisso contínuo estendido à família. Saber cuidar envolve a construção compartilhada desse conhecimento com os profissionais de saúde. Torna-se, portanto, imprescindível em estratégias de assistência, que se contemple a mãe nesse processo, pois, como se observou, apenas a informação ou o conhecimento não gera mudança de atitudes e práticas. Os profissionais de saúde que atuam na atenção materno-infantil devem perceber a necessidade de integrar os vários determinantes do comportamento humano, tão importantes nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Referências

- FADEL, C. B. Dieta e higienização bucal como marcadores de risco de cárie dental em bebês e sua relação com o fator socioeconômico. *Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 8, n. 42, p. 119-125, 2005.
- FRAIZ, F. C. *Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce*. Odontologia para bebês. 1998. 108 f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. C. B. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.
- LOPES, M. G. *A inclusão do cirurgião-dentista como agente promotor de saúde no programa materno-infantil: para uma geração futura com qualidade de vida*. 2004. 87 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, Rio de Janeiro, 2004.
- NOWAK, A.; CRALL, J. Prevenção da doença dental. In: PINKHAM, J. R. *et al. Odontopediatria da infância à adolescência*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p. 214-231.
- POLITANO, G. T. *et al. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê*. *Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 138-148, mar./abr. 2004.
- ROCHA, A. M. L.; NASCIMENTO, R. M.; PEREIRA, V. A. Saúde oral em bebês entre 0 e 6 meses de idade. *Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 204-210, mar./abr. 2004.
- RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva*. 2000. 227 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.
- SCHMIDT, M. G. Pacientes especiais portadores de deficiência neuropsicomotoras. In: CORREA, M. S. N. P. (Org.). *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo:

Santos, 1998. p. 645-666.

TEZOQUIPA, I. H.; MONREAL, M. L. A.; SANTIAGO, R. V. El cuidado a la salud em el âmbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 5, p.443-450, out. 2001.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina – SP. *Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 7, n. 35, p. 66-77, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 176p.